FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES AFFECTIONS DITES CANCÉREUSES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Decadi DUPUY,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE PRINCE, 31,

1873

LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

Souvenir des hôpi
D. Dup
à Vervins
Aisn

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES AFFECTIONS DITES CANCÉREUSES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Decadi DUPUY,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31,

1873

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

A celui qui m'a tant aimé.

A MON EXCELLENTE MÈRE.

A M. J. BÉCLARD,

Professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris,
Secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine,
Membre du Conseil général de la Seine, etc.

Vous m'avez honoré de votre bienveillance; j'espère que vous daignerez accepter ce faible témoignage de ma gratitude.

A M. MATICE,

Médecin de l'hôpital Beaujon.

A LA MÉMOIRE DE M. DUPLAY,

Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. S. DUPLAY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. TILLAUX,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Reconnaissance et respect.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

AFFECTIONS DITES CANCÉREUSES

La question que nous nous proposons d'aborder n'a pas le mérite d'être nouvelle, puisque tous les médecins, depuis Hippocrate, ont essayé de la résoudre. Pendant cette longue suite d'années, le traitement du cancer subit des variations relativement peu fréquentes, mais les idées que l'on mit au jour sur sa nature furent très-diverses, en raison des doctrines médicales successivement invoquées. Pourtant, au milieu des conceptions erronées dont le point de départ fut souvent l'imagination des médecins ou celle des philosophes dont ils partageaient les doctrines, il se dégagea une notion exacte qui découlait de la simple observation. On constata que l'affection livrée à elle-même ne pouvait guérir ; on constata encore l'impuissance des médicaments internes, et l'on reconnut que, pour avoir raison du mal, il fallait nécessairement s'attaquer à lui d'une façon directe, immédiate.

L'intervention du chirurgien, regardée comme indispensable dans certains cas, il devenait utile de distin-

guer avec soin les conditions dans lesquelles il fallait intervenir de celles où l'intervention, non-seulement était inutile, mais encore périlleuse.

C'est à préciser les conditions que j'indique que se consuma l'effort de tant de médecins, qui procédèrent sans s'appuyer sur des bases solides, et se livrèrent sans cesse, soit à leur imagination, soit à un empirisme sans règle ni méthode. Il importe toutefois de reconnaître que si les anciens n'ont pas fait faire à la thérapeutique du cancer de progrès utiles, nous ne devons pas nous hâter de faire leur procès, parce que, si les anatomo-pathologistes modernes ont mieux circonscrit la question et mieux indiqué les termes connus et inconnus, il faut bien convenir que leurs études sont restées dans le domaine de la science pure, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas amené de résultats pratiques d'une portée indiscutable. Gardons-nous néanmoins de diminuer la gloire légitime de ceux qui ont travaillé à établir des faits certains sur lesquels d'autres, plus heureux, élèveront peut-être un édifice qui donnera satisfaction à la fois, à la science et à l'humanité.

La physiologie et l'anatomie pathologiques faisaient autrefois entièrement défaut; aujourd'hui, que nous disposons de ces deux sources fécondes, il est à espérer que l'on aura un jour une thérapeutique efficace, et, n'est-ce pas avec raison que M. Broca nous dit « qu'il ne saurait y avoir d'étude positive en médecine sans le secours de l'anatomie pathologique. »

Ces généralités ont déjà fait pressentir que notre but n'est pas d'apporter un spécifique contre une affection dont la nature n'est pas *une*, comme le croyaient les anciens; nous voulons simplement voir si des données

actuelles sur l'anatomie et la physiologie pathologiques des affections cancéreuses, découle un enseignement sur leur thérapeutique générale et locale. C'est pourquoi nous étudierons tout d'abord la nature du cancer, son mode de développement et de propagation ; nous verrons ensuite si l'intervention chirurgicale est rationnelle et dans quelles circonstances elle est nécessaire.

Il est bien entendu qu'en étudiant le cancer en général nous ne pensons, au point de vue de l'intervention chirurgicale qu'aux affections malignes que leur siége, dans l'économie, ne soustrait pas à l'action directe du chirurgien.

DÉFINITION.

Sont des cancers : « toutes les tumeurs qui désorganisent les tissus où elles se développent et auxquels elles se substituent ; qui s'étendent au voisinage par continuité ou par dissémination ; qui récidivent après l'ablation ; qui ne cèdent à aucun traitement interne ou externe ; qui se généralisent assez souvent par des noyaux secondaires développés dans différents organes et tissus, en commençant par les ganglions lymphatiques voisins de la tumeur, et qui amènent constamment la mort » (Cornil (1).

Cette définition est presque entièrement symptomatologique et c'est ce qui la rend nécessairement défectueuse. Bérard s'était déjà élevé contre une définition semblable, dans le Dictionnaire en 30 volumes, et l'on reconnaissait déjà alors qu'il était aussi difficile de

(1) Dict. encyclop. des sciences méd., art. Cancer.

définir le cancer que de le guérir; c'est qu'en effet, comme le dit Follin (*Traité de path. ext.* t. Ier, page 273) « la physionomie clinique des affections cancéreuses est essentiellement mobile et quelques-uns de ses traits peuvent manquer dans beaucoup de cas, ou appartenir à des affections non cancéreuses. »

Toutefois, comme il convient de tracer des limites à notre sujet, et que la définition de M. Cornil ne s'applique pas seulement au carcinome proprement dit mais encore au sarcôme qui souvent se comporte identiquement comme le cancer, nous l'adopterons complètement. Nous n'en sommes déjà plus à ce court moment d'illusion où l'on crut avoir trouvé l'élément spécifique du cancer, et où M. Broca écrivait : « Le cancer est caractérisé par l'existence d'un élément sans analogue dans l'économie, et qui mérite le nom d'élément cancéreux. » (*Mém. Acad. de méd.*, vol. XVI, page 453).

Plus tard, dans son *Traité des tumeurs*, le savant professeur, rectifiant sa pensée première s'exprime ainsi : « Je dois m'accuser d'avoir plus d'une fois dans ce travail (*Mém. Acad.*), partagé les illusions de M. Lebert sur la bénignité de certaines tumeurs homœomorphes mais il me sera peut-être permis d'ajouter que les caractères anatomiques distinctifs que j'ai décrits alors ont été démontrés exacts par l'observation ultérieure. » T. I, page 41).

Nous ne comprendrons pas non plus dans notre sujet toutes les affections qui, sans être de nature cancéreuse, amènent pourtant la mort à cause de leur nombre, de leur situation, de leur volume, etc.. Ces cas ne constituent que des exceptions. Nous n'étudierons donc que le carcinome proprement dit, et quelques autres tumeurs

malignes. Nous serons encouragé dans notre travail par la déclaration suivante de Velpeau : « C'est un point de pathologie presque tout entier à faire, et son importance dit assez que chacun doit fournir les matériaux qu'il croira propres à l'éclaircir (*Rev. médicale*, 1825, t. I, page 218).

HISTORIQUE.

Les auteurs anciens ont généralement cherché la cause première du développement du cancer dans une altération des humeurs du corps humain. Hippocrate trouvait la cause morbide dans l'atrabile, il en fut de même de ses successeurs. Ambroise Paré accusait une humeur maligne et rongeante d'être la cause du mal; plus tard on chercha un siége à l'humeur peccante et on voulut la définir. La Peyronie d'abord, Chopart et Desault ensuite, pensèrent que c'était un produit d'altération de la lymphe. Crawfort, dominé sans doute par des idées chimiques, rapprocha le cancer des phénomènes de putréfaction. Avec Peyrilhe, Benj. Bell et Pouteau, on reprit l'idée de l'altération des humeurs ou du sang extravasé. Enfin, pour revenir par une autre voie à la pensée que le cancer était un parasite animal, des chirurgiens anglais, considérant seulement les cavités que l'on trouve fréquemment au sein des masses cancéreuses, regardèrent le cancer comme causé par des vers globuleux, des hydatides cancéreuses, et c'est par la génération des hydatides et leurs pérégrinations qu'ils expliquaient les phénomènes de propagation du cancer.

Hunter attribua la formation du cancer à de la lym-

phe coagulable, venant des vaisseaux sanguins, et il supposa que le sang extravasé pouvait aussi s'organiser comme la lymphe elle-même. Cette dernière idée fut du reste reproduite et soutenue par Velpeau en 1825. Hunter ne donna pas de caractères distinctifs des tumeurs. Il faut arriver à la fin du dernier siècle, mais surtout à Laënnec, pour juger de l'effort que fit la science pour se soustraire aux hypothèses, et chercher des bases certaines dans l'examen direct des tissus qualifiés de cancéreux. L'ancienne Académie de chirurgie fit la première quelques efforts pour déterminer la nature du cancer, mais on peut dire avec M. Broca que ces efforts ne donnèrent pas de grands résultats, et le bilan de la savante compagnie est presque fait en disant que Ledran reconnut la nature locale de certaines affections de la peau, et pressentit la bénignité relative de certaines tumeurs de la mamelle. Il était réservé à Bichat de tracer, au milieu de tant d'obscurités un sillon lumineux. En 1802, un an après avoir donné au monde son *anatomie générale*, il devait publier un traité d'anatomie pathologique, comprenant une classification des tumeurs qu'il avait déjà indiquée dans son enseignement oral. Bayle, Dupuytren et Laënnec recueillirent son héritage.

Laënnec voulut trouver dans les caractères anatomiques des points de repère certains, invariables. Il détermina les différentes espèces de cancers et distingua du même coup les tissus, ayant leurs analogues dans l'économie de ceux qui y étaient étrangers, et l'on apprit dès lors à reconnaître le tissu encéphaloïde et le tissu squirrheux ; ces deux tissus étaient formés d'éléments hétéromorphes. La question avait fait un pas

important, mais il est probable qu'elle n'en aurait pas fait d'autres, si l'on n'avait trouvé un nouveau moyen d'investigation, le microscope. On ne se contenta plus de l'examen à l'œil nu, on voulut pénétrer la texture intime des tissus.

Le rôle important des cellules dans l'organisme, mis au jour par les travaux de Raspail, en 1825, fut bien étudié par Schwann et Schleiden en 1838. Ces auteurs élargirent d'un seul coup la plupart des questions d'anatomie pathologique et l'histologie commença à prendre en toute occasion une prépondérance marquée. M. Broca, dans son mémoire que j'aurai souvent occasion de citer, et qui dans ce travail a été mon meilleur guide, expose avec éloquence l'enthousiasme qui saisit les premières micirographes et leur fit vaincre les difficultés qui s'offraient souvent à leur inexpérience.

En 1827, M. Cruveilhier avait insisté déjà sur la signification du suc cancéreux, que l'on regarda longtemps comme caractéristique du cancer, mais la véritable révolution scientifique due au microscope ne commença qu'en 1838, lorsque J. Müller, séparant les enchondromes du cancer, posa cette loi que les tumeurs étaient formées de tissus qui avaient leurs analogues dans l'économie, mais à des degrés divers de développement. Malgré cette loi si féconde, Lebert soutint la doctrine de la cellule spécifique, M. Broca la défendit en 1850, et Follin en 1865, admettait encore l'existence des cellules et des noyaux cancéreux. On était encore loin de donner au stroma fibreux du cancer, une importance réelle. A côté de cette légère erreur de la cellule cancéreuse, il faut signaler le mérite qu'eut Lebert, en 1845, de distinguer du cancer, au point de vue anatomique,

les cancroïdes et les tumeurs fibro-plastiques; et, si l'on ajoute à ces affections, les enchondromes déjà classés à part par Müller, on trouve qu'il y avait un progrès très-sensible réalisé depuis Laënnec. Malheureusement, ces affections qui étaient séparées du cancer, qui étaient homœomorphes, et qui ne devaient pas récidiver, donnèrent tort à la nouvelle théorie et renversèrent la classification.

En 1855, Virchow, qui dès 1847 avait entrepris de grandes recherches sur le cancer, combattit la spécificité de la cellule cancéreuse, et le professeur Robin ayant de son coté regardé comme insuffisants les caractères tirés du suc cancéreux, il s'ensuivit qu'on assistait au renversement des tissus encéphaloïdes et squirrheux de Laënnec, du suc cancéreux de M. Cruveilhier, et enfin de la cellule cancéreuse de M. Lebert. Pour reconnaître le cancer, il ne restait donc plus au clinicien un caractère anatomique ayant une valeur incontestée, et l'on dut, en désespoir de cause, renoncer à donner du cancer une définition anatomique. Sous l'impulsion de Velpeau on comprit sous la dénomination de cancer toutes les tumeurs homœomorphes ou hétéromorphes qui récidivaient. La question du cancer revenait donc aux praticiens sous la forme suivante : Quelles sont les tumeurs qui exposent le plus aux récidives, qu'elles soient homœomorphes ou héteromorphes ? On voit que la question pronostique et therapeutique n'était pas encore résolue ; mais cette fois, on avait à sa disposition deux éléments, l'un l'observation clinique qui n'avait jamais fait défaut, l'autre l'examen histologique qui n'avait pas encore fourni tout ce qu'il pouvait produire.

Il faut bien dire pourtant que l'étude du cancer, malgré l'unique refuge que semblait lui assurer la clinique n'était guère moins avancée qu'aujourd'hui et l'on va très-bien s'en rendre compte, si l'on compare les descriptions données alors sur l'encéphaloïde, par exemple, le prototype du cancer, et celles données maintenant. Les mêmes eléments anatomiques y sont bien décrits et leurs rapports réciproques bien indiqués. D'autre part, on avait pensé que les tumeurs homœomorphes n'étaient que des affections locales, non sujettes aux récidives sur place ou à distance ; ce n'était là qu'une erreur bien permise à ceux qui avaient cru trouver un élément caractéristique du cancer. Ne le trouvant pas dans les tumeurs homœomorphes, ils devaient nécessairement conclure à une gravité toute différente de ces dernières tumeurs. Mais, sous le coup de déceptions qui surgirent partout en France et à l'étranger, on fit un mouvement de réaction scientifique, et l'on tenta de ne plus se rapporter qu'à l'observation clinique. Néanmoins, le découragement qui avait un moment pris place, ne put longtemps prévaloir et l'histologie, bien loin d'être ébranlée, ne reçut qu'un enseignement salutaire. On ne tarda pas d'ailleurs à constater que, si les tumeurs dites homœomorphes récidivaient à la vérité quelquefois, leur récidive était pourtant infiniment moins fatale, moins certaine, que celle du carcinome véritable.

DESCRIPTION.

Nous allons maintenant donner la description générale du cancer tel qu'on le concevait au temps de la

spécificité des cellules et nous la rapprocherons de la description du cancer, tel qu'on le conçoit actuellement.

Pour MM. Broca, Lebert, Follin, qui admettaient la spécificité des cellules, le cancer était composé d'éléments *spécifiques* et d'éléments *accessoires*. On se serait sans doute plus rapproché de la physiologie si l'on avait admis, comme le fait M. Ollier, des éléments *constituants* et des éléments *produits* (1). Cette distinction me semble du reste avoir une importance considérable au point de vue de la thérapeutique.

Suc cancéreux. — Follin pense « que c'est par l'histoire de ce suc qu'il faut commencer l'histoire du cancer. » Sans doute sa présence dans une tumeur pèse d'un grand poids dans le pronostic du chirurgien, mais sa valeur, pour être grande, n'est pas absolue, et tous micrographes actuels s'accordent pour retrouver un suc analogue dans bien des sarcômes, surtout quand leur ablation remonte à vingt-quatre heures au moins. M. Broca, dans son mémoire de 1851 avait déjà fait des réserves.

Ce suc s'obtient, soit en passant la lame d'un scalpel sur la coupe de la tumeur, soit encore en exerçant une pression plus ou moins considérable; on le voit alors s'accumuler sur la surface de section. La consistance est épaisse et crêmeuse; sa couleur, généralement blanche, peut devenir plus ou moins rosée par la présence du sang, jaune par de la graisse ou noir par du pigment. Il s'émulsionne dans l'eau. On n'a pu lui trouver de caractères chimiques déterminés, malgré les

(1) Mémoires, 1858.

recherches de beaucoup de chirurgiens. Placé sous le champ du microscope, il présente à considérer un nombre variable de cellules à noyau, de noyaux libres ayant des nucléoles, enfin des granulations moléculaires. Les cellules à noyau sont celles qui s'appelèrent dans la doctrine de la spécificité, *cellules cancéreuses*. D'un diamètre de 0,01 à 0,04 cent. de millimètre, elles ont des formes très-variées, sphériques, oblongues; elles ont des prolongements simples, multiples ou ramifiés. Elles contiennent des molécules fines qui les rendent moins transparentes; quand ces molécules sont pigmentaires on a une forme nouvelle de cancer, c'est la variété *mélanique*.

Les *noyaux cancéreux* paraissaient à Follin, jouer un rôle au moins égal à celui des cellules cancéreuses, et d'ailleurs bien des auteurs les regardent comme concourant dans une large mesure à la propagation du cancer aux ganglions voisins, et de là à une plus grande distance. Leur diamètre n'est jamais aussi grand que celui des cellules, et varie de 0,01 à 0,015 mill. de millimètre; ils sont donc très-semblables entre eux, leur contenu, grenu, forme des petits points opaques; ils sont arrondis.

Les *nucléoles*, de 0,002 à 0,003 mill. de millimètre produisent des petites taches claires; ils se trouvent au milieu de la substance grenue du noyau (Follin).

Enfin, entre les éléments déjà décrits, on trouve une grande quantité de *globulins* qui ont un diamètre de 0,003 à 0,004 mill. de millimètre. Leur rôle, peut-être important, n'est pas déterminé. Je n'insiste pas sur les plaques à noyaux multiples, les cellules sans noyau ou avec plusieurs noyaux. Je ne parlerai pas davantage

des cellules cancéreuses concentriques, parce que la présence de ces différents éléments n'a pas encore pour nous de signification bien précise. Si j'avais aussi à décrire la marche du cancer, il serait important de suivre les différentes modifications que subit la cellule dans sa composition intime, et, chemin faisant, je serais amené à parler de l'inflammation du cancer, des phénomènes nutritifs qui préludent à son ulcération etc., et enfin de ce que les anciens appelaient dégénérescence cancéreuse, attribuant à ces mots un sens que n'ont pas maintenu les modernes. On comprend que notre sujet ainsi élargi nous conduirait beaucoup trop loin.

Nous venons de décrire rapidement ce que les partisans de la spécificité regardaient comme caractéristique, voyons quels étaient pour eux les éléments accessoires du cancer.

Un stroma fibreux formait un grand nombre de mailles qui contenaient les cellules cancéreuses. Ces mailles étaient limitées par des faisceaux de fibrilles, une substance hyaline avec des noyaux oblongs, le tout formant un tissu filamenteux (1). Ce stroma se développant par sa périphérie et envoyant des prolongements dans les tissus voisins, formait de nouvelles mailles, et ces mailles ne tardaient pas à se remplir des éléments cellulaires spécifiques. On voit par cet exposé des idées de Follin, combien était insignifiant le rôle dévolu au stroma.

Mais, avant de passer à la description des autres variétés de cancers qui ne diffèrent de l'encéphaloïde,

(1) Follin, path. ext., t. I, page 279. D'après une fig. de Rokitansky.

notre modèle, que par une proportion et une répartition dissemblables des mêmes éléments, je pense qu'il y aurait avantage à reproduire la description la plus moderne de l'encéphaloïde, et d'en signaler les divergences avec la précédente.

MM. Cornil et Ranvier, étudient dans le carcinome deux parties bien distinctes, le stroma et le contenu des alvéoles. Ce contenu correspond aux éléments spécifiques indiqués plus haut, et il va sans dire que les éléments, se présentant sous le même aspect, ont été décrits d'une façon à peu près identique ; il est donc inutile d'en retracer les caractères. Mais où les auteurs cessent d'être d'accord, c'est sur la valeur à accorder à tel ou tel élément. Tandis que nous voyons Lebert, Follin et autres insister sur les dimensions extraordinaires des cellules, sur leurs prolongements et leurs formes bizarres, MM. Cornil et Ranvier, reproduisant en cela des opinions déjà émises par des auteurs français et étrangers, disent « qu'une polymorphie analogue, quoique moins prononcée, peut aussi se rencontrer dans le sarcôme » (1). Quant aux noyaux et aux nucléoles ils disent qu'ils se rencontrent aussi dans le sarcôme et même dans des néoplasies simplement inflammatoires. On voit donc que, parmi les éléments dits spécifiques, il ne reste plus rien qui appartienne en propre au cancer et en soit caractéristique. Les cellules du cancer ne deviennent irrégulières, que par suite de la pression des cellules voisines. Parfois elles se remplissent d'un liquide séreux, qui rend en même temps vésiculeux le noyau et le nucléole, et constituent ainsi les cellules physaliphores de Virchow.

(1) Anat. pat., t. I, p. 167.

Le stroma est la partie essentielle du carcinome, et la description qu'en donnent MM. Cornil et Ranvier est semblable à celle présentée plus haut; ils signalent seulement de plus dans les travées fibreuses qui contiennent des faisceaux de tissu conjonctif, des cellules plasmatiques qui ont servi un moment, malgré les savantes protestations du professeur Robin, à donner de certains phénomènes de nutrition une explication irrationnelle.

Dans les travées formées de tissu conjonctif se trouvent des artères, des veines et des lymphatiques. Bérard, n'ayant su injecter que des vaisseaux artériels, niait l'existence d'autres vaisseaux; mais MM. Lebert, Robin et Broca ont démontré par leurs injections, l'existence des vaisseaux veineux. Pour ce qui est des lymphatiques, je suis étonné que M. Ollier, dans son mémoire, prétende que M. Broca admet des lymphatiques dans la tumeur cancéreuse. Voici comment ce dernier auteur s'exprime : « Je suis porté à croire : 1° que l'existence des vaisseaux lymphatiques dans la substance du cancer est au moins douteuse ; 2° que les vaisseaux lymphatiques des parties que le cancer envahit sont désorganisés tôt ou tard, à mesure que la tumeur s'accroît »(1). A la suite des doutes de M. Broca et de l'erreur de M. Ollier, il est bon d'ajouter que Schrœder van der Kolk a injecté les lymphatiques du carcinome et que Rindfleisch les regarde comme formant autour des vaisseaux sanguins des gaînes lymphatiques, comme celles que M. Robin a découvertes dans le système nerveux.

(1) Mém. déjà cité, p. 595.

Les nerfs, dans les tumeurs cancéreuses, semblent avoir une existence encore plus problématique que les vaisseaux lympathiques, et Schrœder Van der Kolk prétend que les douleurs lancinantes qui surviennent dans les tumeurs cancéreuses ont pour point de départ non pas des nerfs développés dans le tissu morbide, mais qu'elles révèlent les envahissements successifs de la tumeur, dont les prolongements vont irriter, dissocier et détruire les nerfs du voisinage (1). Et l'on voit, pour le dire en passant, que Lobstein était dans la vérité quand il disait que le squirrhe se propage de plusieurs manières : 1° par continuité de tissus ; 2° par le tissu cellulaire, 3° par les vaisseaux lymphatiques ; 4° peut-être par les nerfs ; 5° peut-être par les veines (2). Nous reviendrons plus tard sur cette propagation, mais disons néanmoins que nous ne voyons pas, en vertu de quels priviléges, le tissu nerveux aurait eu la propriété d'arrêter la marche du cancer, quand on voit l'affection prendre même pour siége de son développement les organes encéphaliques.

M. Robin, qui avait partagé un moment l'illusion de la cellule cancéreuse, ne tardaguère à abandonner cette hypothèse et, dans l'article cancer du Dictionnaire de Nysten (1865) il accorde une importance légitime à la texture des tumeurs.

D'ailleurs M. Lebert, lui-même, s'exprime ainsi : « Je me suis bien gardé de dire que ces cellules (cancéreuses) avaient des caractères chimiques, physiques ou autres, tels qu'on ne pourrait les rencontrer nulle part

(1) Schrœder van der Kolk. In arch. méd. 1856.
(2) Anat. path. générale, 1829, t. I, page 405.

dans la nature ailleurs que dans le cancer. Loin de mon esprit cette étrange hyperbole ! mais ce que je puis dire et affirmer, et je ne saurais trop le répéter, c'est qu'un produit morbide étant donné, le pathologiste clinicien, suffisamment versé dans les études microscopiques, peut, dans la grande majorité des cas, determiner d'après l'examen au microscope s'il s'agit d'un cancer ou non (1). »

Cette citation démontre péremptoirement, que si M. Lebert accordait une signification importante à la cellule cancéreuse, il ne voulait pas que l'histologiste limitât son examen à la cellule, mais qu'il l'étendît au *produit morbide entier*.

Les variétés du carcinome sont tout à fait comparables à l'encéphaloïde que nous avons pris pour terme de comparaison, agissant en cela comme la plupart des anatomo-pathologistes.

Le squirrhe, ou carcinome fibreux, ne diffère du précédent que par l'épaisseur des travées qui circonscrivent les alvéoles.

Le stroma, épais et résistant, est formé de tissu conjonctif condensé et refringent. Quand les cellules contenues dans les mailles du stroma subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, elles se résorbent en grande partie, ne laissant à leur place que quelques granulations graisseuses. Les mailles deviennent moins larges, le tissu conjonctif du stroma éprouve une sorte de rétraction, et, sous cette influence, la tumeur diminue de volume ; on a alors cette variété de squirrhe, dite squirrhe atrophique. Dans le sein, cette variété n'est

(1) Traité pratique des maladies cancéreuses. Introd. page 19.

pas très-rare et c'est à une rétraction partielle qu'est dû l'enfoncement et quelquefois la disparition complète du mamelon. La malade qui fait le sujet de notre XIIIe observation est un exemple de ces troubles de nutrition du cancer.

L'observation de M. Vulpian, dont nous donnons l'analyse, ne peut s'expliquer que par un mouvement de résorption très-actif dans lequel les éléments cellulaires ont dû nécessairement jouer un rôle analogue à celui que nous venons de rappeler.

L'atrophie est rarement générale, les parties centrales de la tumeur la présentent quelquefois. Il est fâcheux qu'on ne puisse provoquer artificiellement la régression des cellules du cancer, car la rétraction fibreuse équivaudrait presque à une guérison locale.

Les ganglions se prennent vite dans le squirrhe, mais la tumeur ne grossit d'ordinaire que lentement.

Le carcinome lipomateux ressemble au premier abord au lipome commun; seulement les cellules qui contiennent les gouttelettes de graisse ne sont pas unies entre elles par des tractus fibreux.

Le carcinome colloïde ou muqueux prendrait cette forme d'après MM. Cornil et Ranvier par suite de la dégénérescence muqueuse des cellules, dégénérescence qui se reproduirait encore dans les tumeurs secondaires. Les alvéoles sont distendus par ce liquide qui contient aussi des cellules n'ayant pas subi l'altération. Les tractus peuvent même avoir subi une dégénérescence analogue, être détruits et amincis.

Pour M. Robin, l'aspect colloïde reconnaîtrait une autre cause; ce serait « un dépôt d'une substance amor-

phe, homogène, très-transparente ou demi-transparente, tremblotante, parsemée ou non de granulations moléculaires entre les éléments anatomiques, caractéristiques du tissu morbide que cette matière tient ainsi écartés. » D'ailleurs cet état colloïde se rencontre dans un grand nombre de tumeurs.

Le carcinome mélanique ne diffère des variétés précédentes qu'en ce que les cellules des alvéoles contiennent dans leur intérieur des granulations pigmentaires Parfois le stroma renferme aussi des granulations de même nature.

Les granulations mélaniques, d'après M. Robin, sont pour la plupart interposées aux éléments anatomiques, bien qu'on en trouve quelques-unes dans les cellules.

Il est tout à fait inutile pour mon sujet de m'étendre sur d'autres formes de cancers, par exemple, le cancer villeux ; mon but n'est pas de faire une anatomie pathologique complète, et c'est ce qui explique la brièveté de mes détails. D'uu autre côté, je n'insisterai pas non plus sur la dégénérescence graisseuse et la tranformation caséeuse ; ce sont des troubles de nutrition qui ne sont pas propres au cancer et qui n'ont jamais été d'un grand poids dans la question de l'intervention chirurgicale. Mon raisonnement s'applique encore à l'inflammation, à la gangrène, à l'ulcération de la tumeur cancéreuse. Tous les tissus peuvent présenter ces phénomènes. Quant aux dilatations des vaisseaux sanguins dans l'intérieur de la tumeur, donnant naissance soit à des anévrysmes, soit à des poches sanguines creusées dans le tissu morbide, et qui ont suffi à caractériser cette

forme de cancer qu'on appelle carcinome hématode, je m'abstiendrai de les décrire, parce que, si cet état hématode de certaines tumeurs est important à connaître au point de vue du diagnostic, le traitement chirurgical n'en retire pas de bien précieuses indications.

DÉVELOPPEMENT.

L'étiologie du cancer étant encore entourée de la plus grande obscurité, et l'hérédité invoquée par tant de cliniciens, ne répondant d'après M. Lebert qu'à un septième des cas, nous nous bornerons à dire que, d'une manière générale, toutes les causes d'affaiblissement prédisposent au cancer et qu'une mauvaise hygiène y contribue puisamment. Nous verrons du reste, à propos du traitement, les opinions de M. Bouchardat sur ce sujet.

La femme est plus sujette au cancer que l'homme, en raison surtout des deux organes, utérus et mamelles, qui en sont fréquemment atteints. Nous ne voulons ni ne pouvons faire une statistique sur la fréquence relative de l'affection cancéreuse dans les deux sexes ou selon les âges, nous renvoyons pour cela aux tableaux dressés par M. Lebert et par M. Broca.

Maintenant que nous avons étudié la tumeur cancéreuse à l'état adulte, il nous reste à voir quel est son mode de développement sur place et son mode de propagation. Ces données sont indispensables pour apprécier la valeur de l'intervention du chirurgien et déterminer les cas où elle sera rationnelle. On voit donc que nous nous sommes conformé à ce principe qui a guidé les anatomo-pathologistes, à savoir qu'une affection quelconque n'aura chance d'être guérie qu'autant

qu'on en aura bien pénétré l'origine et la terminaison. L'étude des origines ne peut évidement comporter que l'étude de l'apparition première des éléments anatomiques ; car, pour ce qui est de la cause première de la production d'éléments nouveaux, elle nous échappe entièrement, et nous ne pouvons que constater avec M. Lebert « l'insuffisance des notions qu'offre sur ce sujet l'état actuel de la science (1). »

Le sujet doit donc être circonscrit et borné à l'examen du développement d'éléments anatomiques nouveaux dans un blastème amorphe ou bien à une prolifération d'éléments nouveaux opérée par les éléments préexistants. Que le mouvement de prolifération soit dû à l'inflammation, comme le veulent ceux qui, involontairement sans doute, nous ramènent à Broussais, ou bien qu'il doive être ramené à l'irritation de bien des auteurs contemporains, on n'en reste pas moins dans des théories soutenues par des faits purement hypothétiques. Par conséquent, la cause originelle reste encore pour M. Sédillot et pour nous absolument « occulte. »

Quoi qu'il en soit, mettons en présence la théorie du blastème et la théorie de la prolifération cellulaire. Nous ne dirons de ces deux théories que juste ce qu'il faut pour voir celle qui donne le plus de ressources à la thérapeutique. Nous ne pouvons à l'occasion d'un fait particulier entreprendre la discussion d'une théorie générale.

Pour les auteurs admettant la préexistence d'un blastème, qui est ce que Hunter appelait la lymphe coagulable, les éléments anatomiques naîtraient de tou-

(1) Op. cit. Introd. 21.

tes pièces dans les intervalles des éléments anatomiques normaux. En vertu de la loi d'analogie posée par Vogel (1) les éléments néoplasiques se conformeraient au type des éléments anciens.

Ce dernier auteur avait surtout admis cette théorie pour faire prévaloir ses idées sur les cellules primaires qui, à des degrés divers, formaient les cellules cancéreuses. C'était encore de la même cellule primaire que dérivaient les éléments fibro-plastiques et les globules du pus. Le mode de développement des organes de l'embryon, reconnu par MM. Lebert et Robin, démontre l'insuffisance de la théorie de Vogel.

Dans la théorie de la prolifération ou encore du développement continu, les éléments du cancer ne proviennent que des éléments de la région, des cellules plasmatiques et des cellules épithéliales. Virchow s'est principalement attaché à faire triompher cette théorie. Elle comporte plusieurs objections bien discutées par M. Heurtaux (2), nous les réduirons aux suivantes : 1° On ne saisit pas facilement la multiplication des cellules plasmatiques ou épithéliales ; 2° les phénomènes de scission sont rares, et les cancers qui progressent le plus rapidement sont ceux qui sont surtout formés de cellules petites, d'éléments jeunes ; 3° si l'on refuse au blastème la propriété d'engendrer de toutes pièces des éléments anatomiques, croit-on mieux expliquer l'apparition d'un noyau nouveau dans la production endogène des cellules ; 4° M. Broca présente contre cette théorie un argument puissant quand il demande (3) la

(1) Anat. pat. gén. Trad. de Jourdan, 1847.

(2) Nouv. dict. de méd. et de chirurg. prat., art. Cancer.

(3) Traité des tumeurs.

source des matériaux nombreux dont les cellules en voie de prolifération ont eu besoin pour former des tumeurs plus ou moins volumineuses. La cellule, pour proliférer, a nécessairement besoin d'aliments pris en dehors d'elle-même, puisqu'elle augmente de volume. Eh bien, le liquide nourricier dont elle aura besoin, ce sera encore le blastème.

M. Robin n'admet ni la théorie du blastème, ni la théorie du développement continu; pourtant sa théorie de substitution se rapproche incontestablement de la première qui lui prête même son meilleur appui. Pour ce professeur, les éléments normaux de la région disparaissent graduellement, et dans le blastème résultant de leur liquéfaction se montrent les éléments nouveaux qui composeront le tissu morbide ; de sorte que le néoplasme, au lieu d'envahir et de détruire des tissus normaux, ne fera que les remplacer au fur et à mesure de leur disparition. Le blastème devient donc très-difficile à constater; en raison de sa fugacité ; mais, si l'on veut bien se rapporter à ce qui se passe chez l'embryon où l'on voit les cellules embryonnaires se changer en un liquide d'où sortiront les organes du jeune être, il faut bien convenir que là encore, suivant une pensée exprimée ailleurs par M. Robin, l'anatomie pathologique se trouve être en connexion, ou pour mieux dire, en continuité avec l'anatomie normale.

Quant à la cause véritable qui produit les troubles de nutrition qui pour des auteurs amènent une prolifération morbide d'éléments normaux ou bien provoque l'extravasation ou la création d'un blastème de nature morbide, il faut avouer avec M. Broca que l'anatomie ne pourra sans doute jamais la découvrir. Ira-t-on la

chercher dans les solides ou dans les liquides ; elle peut se trouver dans les deux à la fois.

Insister sur ce terrain, ce serait approcher les hypothèses vaines.

« Toutes les fois que la texture et la composition des parties sont assez dérangées pour qu'il y ait maladie, il y a dérangement dans les actions vitales ; probablement la réciproque est vraie, c'est-à-dire que, toutes les fois que les actions vitales sont dérangées, la texture et la composition de l'organisme sont modifiées. Mais je m'exprime en ceci avec doute, parce que l'expérience n'a pas démontré d'une manière générale ce que le raisonnement fait concevoir comme réel. » (Littré) (1).

Pourtant on a beau chercher à refouler la curiosité naturelle et à s'écrier que la cause première nous échappe et nous échappera longtemps, que l'esprit humain, par une sorte de réaction forcée, ou bien par cet amour excessif de la vérité qui l'a conduit souvent à l'hypothèse avant l'observation des faits que les intelligences les plus élevées ont toujours tenté de pénétrer cette inconnue; et Velpeau s'exprime ainsi dans son immortel *Traité des maladies du sein*, 1858 : « Dire qu'une hypergénèse de cellules épithéliales dans quelques culs-de-sac glandulaires, que des cellules embryonnaires accumulées dans quelques acini, et dénaturées en devenant malades, vont former un cancer, ne satisfera jamais l'esprit d'un chirurgien réfléchi, désireux de connaître le fond des choses en fait d'objets pareils. »

Nous ne sommes pas plus satisfait que l'illustre chirurgien; mais, à notre époque, faire des hypothèses que

(1) De la maladie en général. In l'Expérience, 1838, t. II, page 151.

ne saurait vérifier l'expérience, ce serait certainement faire preuve d'imagination, mais nullement d'esprit scientifique.

PROPAGATION.

Quoi qu'il en soit de la cause première qui a donné naissance aux premiers éléments morbides, lorsque ceux-ci existent, il importe de connaître comment ils se comportent vis-à-vis des tissus voisins.

On ne discute plus aujourd'hui pour savoir si les lymphatiques (Alard (1), le tissu nerveux (Camper, A. Dubois), ou les capillaires veineux (Cruveilhier) offrent aux affections cancéreuses la base d'implantation; on s'accorde généralement à regarder le tissu lamineux, si riche en vaisseaux et en cellules, comme étant le siége primitif de l'altération anatomique. On ne peut s'étonner de cette prédilection de l'agent morbide, si l'on veut bien reconnaître, avec M. Robin, que les éléments lamineux comptent parmi ceux qui sont doués au plus haut degré des propriétés de nutrition, de développement et de génération. D'ailleurs, il est une loi qui domine toute la pathogénie des tumeurs, c'est que « ce sont les éléments végétatifs qui sont le point de départ des productions morbides accidentelles, par hypergénèse ou multiplication exagérée. » (Robin) (2).

Malgré les exemples de cancers multiples simultanés, et selon toute apparence au même degré de développement, on peut dire qu'en général le cancer débute

(1) Cité par Velpeau, Rev. médicale, 1825.
(2) Dict. de méd. et de chirurg. pratiq., art. Lamineux.

par une tumeur unique. Et, tout en reconnaissant que certains organes sont plus spécialement attaqués primitivement, on en est encore à se demander les raisons de la détermination morbide. Hodgkins, cité par M. Broca, avait admis l'existence de petits corps pédiculés, entourés d'une membrane commune, qui constituaient la base de toutes les tumeurs cancéreuses. Les auteurs n'ont pas accepté l'opinion de Hodgkins, qui n'aurait eu, du reste, que le mince avantage de reculer la difficulté sans la résoudre. Il faut toutefois être bien pénétré de cette vérité, « que le siége particulier des cancers primitifs tient à une condition anatomique quelconque, laquelle tient à son tour sous sa dépendance la production des cancers multiples. Cela n'aurait point lieu si ces derniers avaient leur cause directe dans la diathèse cancéreuse pure et simple. » Cette remarque de M. Broca est d'une importance capitale, et sera d'un grand poids dans la solution de l'opportunité opératoire. Breschet et Ferrus, en 1822, avaient d'ailleurs émis une pensée analogue.

Les tumeurs cancéreuses procèdent de deux manières bien distinctes dans leur développement : elles peuvent être enkystées, ou au contraire être à l'état diffus.

Dans le premier cas, qui peut paraître avantageux au point de vue du pronostic, la tumeur se développe de dedans en dehors, soit par la prolifération et la multiplication incessantes des éléments centraux, soit par l'arrivée continuelle du liquide générateur, le blastème. Dans ces deux cas, les cellules de la périphérie sont repoussées par les éléments du centre et subissent l'influence d'une véritable force centrifuge. Les éléments normaux du voisinage sont comme tassés ; le tissu cel-

lulaire se condense et constitue une membrane d'enveloppe.

Dans la forme diffuse ou infiltrée du cancer, on voit la tumeur s'accroître surtout par la périphérie, et envoyer, à travers les interstices des organes, des prolongements parfois très-éloignés. Et c'est cette disposition anatomique qui fait que souvent, dans les opérations, on n'atteint pas les limites du mal. Dans ces conditions, il serait inexact de dire que le cancer récidive, puisqu'il ne fait que continuer. Les produits morbides n'envahissent que consécutivement l'élément essentiel de l'organe, et cet élément disparaît au fur et à mesure du développement de la tumeur dans le tissu conjonctif. La nutrition active du tissu cellulaire, qui explique jusqu'à un certain point l'apparition dans son épaisseur des éléments néoplasiques, rend compte aussi de son facile envahissement secondaire. Même en dehors de la continuité de tissus qui aide à la propagation de la tumeur, il faut bien reconnaître qu'il y a une véritable prédisposition morbide dans le département occupé par le cancer primitif; or, ce qui justifie cette remarque déjà faite par M. Broca, c'est l'existence de petites tumeurs cancéreuses de la peau, apparaissant à une certaine distance de la tumeur primitive, sans rapports avec la première, et séparées les unes des autres par de la peau saine. Notre observation XIII est certainement un exemple de ce phénomène, que M. Tillaux compare à une sorte de dissémination de la semence morbide.

Schrœder van der Kolk (1) remarqua, dès 1847, que l'extension du cancer épithélial des lèvres se faisait dans

(1) Arch. de méd., 1856.

le sens de la longueur des fibres musculaires, par le tissu conjonctif qui leur est interposé. Ce fait a été vérifié bien des fois, et il rend compte de l'apparition quelquefois si rapide de la récidive, quand le chirurgien, au lieu de faire porter son incision dans le sens de la longueur des fibres, préfère l'incision en V, qui, à la vérité, permet une réunion immédiate, mais aussi l'incarcération des éléments morbides. Schrœder van der Kolk cite le cas d'un malade opéré par Suermann, qui guérit par première intention. L'incision avait porté à deux lignes de la tumeur; mais il était resté des prolongements du néoplasme entre les fibres musculaires, et la récidive survint trois mois après. Nous avons été nous-même témoin d'un cas de ce genre, et la récidive fut même plus prompte, puisque la cicatrisation n'eut pas lieu. Toutes les indurations sensibles au doigt avaient pourtant été enlevées.

Le carcinome offre une marche identique à celle de l'épithélioma. Dans la mamelle, par exemple, les cloisons de tissu conjonctif qui divisent la glande en plusieurs lobes sont les premières à fournir au cancer des moyens d'extension. En même temps on voit l'épithélium glandulaire proliférer considérablement et obturer la lumière des conduits galactophores. L'épithélium, subissant à son tour la dégénérescence graisseuse, donne lieu au suintement ichoreux du mamelon, si commun dans les cancers du sein. Certains auteurs, MM. Cornil et Ranvier, par exemple, ne voient dans cette multiplication des cellules épithéliales que le résultat d'une irritation de voisinage; Schrœder van der Kolk pense que cette hypergénèse tient à un transport du liquide générateur par imbibition de la membrane propre, liquide

qui produirait lui-même les nouveaux éléments. Ce dernier auteur admet encore que le liquide venant d'un cancroïde peut produire de véritables dépôts cancéreux, à cause de l'analogie incontestable, dit-il, qui réunit ces deux maladies.

Propagation à distance. — Les différents modes de propagation du cancer, que nous indiquons plus loin, paraissent plus que suffisants, dit Lobstein (1), pour expliquer la diathèse générale à laquelle le corps est exposé, lors même qu'il n'y a eu primitivement qu'une partie affectée. L'admission de la diathèse ne nous paraît pas suffisante, comme à Lobstein; car nous ne comprenons encore guère pourquoi la diathèse attend quelquefois plusieurs années pour généraliser une affection primitivement locale. Nous aimerions beaucoup mieux, à l'exemple de M. Broca, regarder la tumeur comme intermédiaire entre la diathèse et l'infection générale (2). Cette conception de la tumeur cancéreuse est infiniment plus féconde; elle peut faire comprendre la marche de l'affection cancéreuse et aussi guider toute la thérapeutique.

Une tumeur, bien qu'enlevée dans sa totalité, peut se reproduire sur place, une fois, deux fois, trois fois même (3), et ne se généraliser que plus tard. Ces faits ne peuvent s'expliquer que par une prédisposition organique inconnue qui a provoqué une première fois la détermination morbide. C'est toujours la même cause

(1) Loc. cit.

(2) Mém. 707.

(3) Voillez, Arch. de méd., 1852. Leçons de cliniq. chirurg., Gosselin, 1873.

agissant dans le même organe ou dans le même membre. Au point de vue de l'intervention chirurgicale, les tumeurs qui ont récidivé sont évidemment passibles du même traitement que la tumeur primitive.

Velpeau (1), rapportant plusieurs observations de cancers, dont l'un avait atteint le testicule, se demande comment s'est propagée l'affection dans les viscères. Est-ce par répétition sympathique de l'inflammation? alors l'autre glande séminale aurait dû se prendre ; est-ce par transmission d'irritation? mais le cordon n'a jamais été malade ; est-ce par des phénomènes métastatiques? est-ce par imbibition au moyen du tissu cellulaire? est-ce par les lymphatiques ou par les veines? Pour résoudre cette question, il présenta une pièce qui démontrait, à son avis, la propagation du cancer par les veines. De la substance cancéreuse lui semblait être née dans le sang. Il ne put convaincre Andral et Chomel, qui virent la pièce.

Grâce aux remarquables travaux de M. Broca sur les altérations des parois veineuses par le cancer, on comprend très-bien la présence des éléments cancéreux dans le sang, et les lamelles que M. Andral y avait trouvées, sans savoir au juste ce que c'était, reçoivent aujourd'hui une signification précise. Malgré ces faits, les veines ne peuvent pas être considérées comme très-actives dans la propagation du cancer; les vaisseaux lymphatiques doivent sans doute être placés au premier rang, et M. Broca s'exprime ainsi : « La production des cancers successifs est subordonnée à l'existence d'un appareil lymphatique dans l'organe malade. » (Mém. 662.) Ne voit-on pas tous

(1) Rev. méd., 1825, t. I.

les jours que les cancers sont d'autant plus infectants, qu'ils siégent dans une région riche en lymphatiques. « Ne savons-nous pas que, dans les derniers degrés du cancer, les vaisseaux lymphatiques se dessinent sous la peau par des traînées d'engorgement, et qu'ils établissent des communications entre les tumeurs cancéreuses? » (1). Cette remarque ne peut s'appliquer qu'aux ganglions lymphatiques de la région, mais ne peut suffire à rendre compte de l'action à grande distance d'un élément morbide. Les fragments du cancer introduits dans le sang peuvent-ils se greffer sur la paroi des vaisseaux, en provoquant autour d'eux une accumulation de fibrine? Avec les données actuelles de la physiologie, il est impossible de répondre autrement que par la négative. D'ailleurs, personne n'ignore que la vitalité des éléments anatomiques est proportionnée à leur jeunesse, et qu'un élément adulte ne peut guère que mourir en se déplaçant. Je ne discuterai pas plus que M. Broca l'opinion de Klencke, pour lequel la cellule cancéreuse serait un organisme indépendant, pouvant se développer sur le corps vivant. S'il en était ainsi, on n'aurait pas eu tant de difficulté à s'entendre sur l'inoculation du cancer. Mais, dans les tumeurs, il y a, en dehors des cellules, d'autres éléments figurés; malheureusement, nous ne possédons pas de raisons particulières permettant d'admettre une plus grande influence nocive de la part des noyaux ou des granulations. Pourtant, si l'on veut s'en rapporter à l'analogie, il est permis de supposer une plus grande activité vitale dans les noyaux et les éléments jeunes, et par conséquent une

(1) Dict. de 1822, art. Cancer.

plus grande facilité pour eux de se développer dans des organes sains. S'il y a transport des éléments figurés, il est à croire que l'infection se fera beaucoup plus vite par les veines que par les lymphatiques, en raison de la vitesse moindre de la circulation dans ce dernier ordre de vaisseaux. Enfin, si on savait le rôle des granulations cancéreuses, il serait peut-être possible de leur attribuer, dans les phénomènes de propagation, un pouvoir analogue à celui d'autres granulations, que M. Chauveau regarde comme les transports du virus. Mais il y a une si grande différence entre les affections cancéreuses et les affections virulentes, que nous n'émettons cette hypothèse qu'avec réserve.

Nous avons vu plus haut l'opinion de Schrœder van der Kolk sur le mécanisme de l'extension locale du cancer; il attribue encore à un liquide la propagation à distance. Ce liquide existe en dehors des cellules et les environne de toutes parts. Entre le liquide et les cellules s'établit un échange tel qu'il s'enrichit de principes nouveaux, qu'on ne retrouve pas dans le fluide des parties saines. Sur la périphérie de la tumeur, dans les portions terminales des prolongements néoplasiques qui se confondent peu à peu avec les tissus sains, il se trouve que le fluide interposé aux éléments du cancer se mélange incessamment avec le fluide des parties altérées, et alors en même temps que ce fluide détermine localement la formation de nouveaux éléments morbides, il est repris en partie par absorption et transporté au loin pour agir comme au voisinage de la tumeur primitive (1). Il va sans dire que les lymphatiques

(1) Extr. du Journal de Henle et Pfeufer, in Arch. de méd., 1856, p. 56.

seraient surtout les organes vecteurs de ce liquide morbifique. Se demandant ensuite si les propriétés du fluide tiennent à sa composition chimique, ou dépendent de l'entraînement de petites cellules et de petits noyaux, il dit : « J'incline à croire que la génération des cellules dans les vaisseaux lymphatiques est due à la modification des principes constituants du liquide et non au transport des noyaux tout formés. En effet, les cellules cancéreuses peuvent se produire à l'intérieur de la membrane amorphe qui recouvre les fibres musculaires, bien que cette membrane ne puisse pas donner naissance à un seul noyau. »

Il présente la même explication pour le carcinome et l'épithélioma.

On voit que la lumière n'est pas encore faite sur ce sujet, et le problème reste encore très-compliqué; les inoculations parviendront-elles à le résoudre?

Il y a déjà longtemps qu'on a cherché à les mettre à profit pour pénétrer les phénomènes de la propagation, mais il faut convenir que les expériences n'ont pas apporté la conviction dans les esprits. Les recherches, du reste, ont été entreprises au hasard et soulèvent beaucoup d'objections signalées surtout par M. Hyvert (1).

Cet auteur, après avoir exposé les procédés et les résultats des expérimentateurs qui l'ont précédé, déclare qu'il s'est servi dans ses expériences d'éléments jeunes, doués d'une vitalité non douteuse. Il rapporte les expériences sur le suc cancéreux de Peyrilhe, les ingestions de morceaux de cancer étudiées par Dupuytren et Chatin

(1) De l'inoculation cancéreuse. Montpellier, 1872.

de Lyon, les injections dans les vaisseaux faites par Langenbeck, Lebert, Follin, et démontre que ces expérimentateurs s'étant servis de matière vieillie, décomposée presque, ne pouvaient obtenir de résultats probants; d'ailleurs les témérités d'Alibert et les travaux de M. Robin venaient appuyer sa théorie. Sur dix-neuf lapins, il fit des greffes de tissu morbide jeune et il n'obtint aucun résultat. Deux fois il fit la même expérience sur des individus portant déjà une tumeur cancéreuse et les résultats furent positifs.

Reineke a publié aussi dans les Archives de Virchow l'observation d'une tumeur abdominale de nature cancéreuse pour laquelle on pratiqua la paracentèse abdominale. Dans le trajet que le trocart fit à travers les tissus, il se produisit des éléments cancéreux semblables à ceux de la tumeur abdominale et que l'auteur n'hésite pas à rattacher à la contagion directe.

De ces faits, il semble donc résulter que les éléments néoplasiques transplantés peuvent continuer à s'accroître, mais il n'en reste pas moins probable jusqu'à présent, que pour qu'il y ait repullulation au loin et cachexie finale, il faut qu'il existe un terrain préparé par une prédiposition morbide. La diathèse serait donc primitive, tandis que pour beaucoup de chirurgens parmi lesquels Velpeau, H. Bennett, Mayor, elle ne serait que secondaire.

Les ganglions lymphatiques, dans l'immense majorité des cas, sont les organes qui subissent les premiers l'altération cancéreuse quand l'affection tend à se généraliser. La règle pourtant n'est pas absolue; l'infection générale a pu se montrer sans l'intermédiaire des gan-

glions, et M. Broca (1) dit avoir observé deux faits semblables. D'autre part, les cancers des ganglions ne sont pas nécessairement *successifs*. Pour qu'ils le soient, il faut que tous les ganglions formant la chaîne ganglionnaire soient dégénérés en allant de la périphérie au centre. L'envahissement progressif devient alors manifeste. Des cancers secondaires peuvent survenir dans des ganglions qui ne reçoivent pas les lymphatiques de l'organe malade. Il y a dans ce cas cancer par infection ou par contiguïté.

Pour MM. Cornil et Ranvier, « la généralisation de la tumeur aux organes éloignés est toujours, dans le carcinome, précédée par une hypertrophie avec induration des ganglions lympathiques où aboutissent les vaisseaux de même ordre de la tumeur.

« Pourquoi le carcinome est-il le tissu pathologique qui détermine le plus facilement et d'une façon constante des lésions des ganglions lymphatiques? C'est parce que les alvéoles du carcinome communiquent avec les vaisseaux lymphatiques de la tumeur et du voisinage.

« Dans les préparations bien réussies, ajoutent ces observateurs, on voit les vaisseaux lymphatiques caractérisés par leurs cellules épithéliales et les espaces plasmatiques qui sont en connexion avec eux, envoyer dans les alvéoles carcinomateux des canaux qui s'y ouvrent. C'est là un fait de la plus haute importance et qui justifie absolument l'analogie par nous admise du carcinome avec le tissu conjonctif. » (2).

(1) Mém., p. 662.
(2) Traité d'anat. path., t. I, p. 175.

Cette théorie, si séduisante qu'elle soit à plus d'un titre, ne nous semble pas rendre compte des cas, rares il est vrai, où l'altération ganglionnaire n'a pas devancé l'infection générale.

« Les ganglions indurés dans le carcinome ne présentent pas toujours la structure de la tumeur primitive, et ils peuvent subir simplement une transformation fibreuse ; c'est dans ce tissu fibreux que se formeront bientôt les alvéoles. »

« Ce fait qui se montre souvent avec une grande évidence, a poutant échappé aux auteurs qui nous ont précédés. » (Cornil et Ranvier).

A côté de ces micrographes qui accordent une importance si capitale aux espaces plasmatiques et aux lymphatiques en communication avec eux, je dois citer un travail récent de M. Carl Gussenbauer (1), dans lequel il rapporte une observation où la propagation avait été opérée par les vaisseaux sanguins dont les éléments cellulaires avaient fourni un élément à la néoplasie. L'envahissement secondaire et l'évolution des cellules cancéreuses étaient plus avancés dans la substance propre de la glande que dans le réseau des trabécules. D'accord avec Billroth et en opposition avec M. Virchow et Lœper, M. Gussenbauer vit la substance médullaire envahie avant les alvéoles. Les sinus lympathiques et les troncs lympathiques ne semblaient pas participer à l'affection. Les vaisseaux sanguins étaient le siége de thrombose. Il conclut ainsi : « La propagation du cancer ne fut point due (ou seulement en proportion minime) au transport des éléments cancéreux par les vaisseaux

(1) Archiv für klinische Chirurgie, t. XIV, fasc. III, p. 571. Cité dans Revue des sciences méd.

sanguins ou lympathiques..... La néoplasie se fit surtout aux dépens des éléments constituant la paroi interne des vaisseaux sanguins, ainsi qu'aux dépens des cellules rameuses du tissu connectif et des fibres-cellules. Il faut y joindre les cellules pigmentaires du réticulum du ganglion. »

M. Gussenbauer repousse la théorie de Waldeger, Thiersch, Lücke qui voient la cellule épithéliale comme l'origine exclusive des proliférations cancéreuses. Pour lui, la propagation du cancer ne se fait pas par les lymphatiques. Il est vrai que l'observation de M. Gussenbauer portait sur un cas de cancer épithélial, mais comme il est à croire que les phénomènes de propagation sont les mêmes pour tous les cancers, j'ai cru devoir signaler son opinion.

On voit donc que les phénomènes intimes de la propagation cancéreuse sont encore entourés d'obscurité et que l'accord ne paraît pas être sur le point de se faire entre les anatomo-pathologistes.

Il me resterait encore à examiner pourquoi des organes comme l'utérus, la mamelle, l'estomac, si souvent le siége de cancers primitifs, ne sont pour ainsi dire jamais altérés consécutivement. Sur ce point la science demeure impuissante à donner des raisons sérieuses, et ce n'est pas la peine d'échafauder des hypothèses qui sont, comme l'a dit M. Broca, « les antipodes de la vraie science. »

Pourtant, avant de passer à la description sommaire de trois autres genres d'affections malignes que la clinique aujourd'hui fait rentrer dans le cancer, je dois présenter une remarque de M. Neumann de Kœnigs-

berg (1). Cet auteur dit qu'ayant observé un néoplasme qui de prime abord paraissait sous le microscope formé par des cellules fusiformes, il parvint à reconnaître des éléments qui ressemblaient beaucoup à l'épithélium vasculaire. Des remarques semblables avaient déjà été faites par MM. Robin et Cornil. M. Neumann pense de plus avec M. Billroth : « qu'il faut renoncer à considérer comme caractère spécifique du carcinome, la structure alvéolaire ou réticulaire d'une tumeur formée de tissu conjonctif. »

D'autre part, M. Ranvier par ses travaux tout à fait récents sur le tissu conjonctif et sur les origines des lympathiques, nous paraît rendre nécessaires de nouvelles études sur l'origine du carcinome et son mode de propagation. M. Robin pense du reste que le tissu conjonctif, loin d'être le point de départ du carcinome ne se forme au contraire que lorsque l'épithélium, partie active, est frappée d'hypergénèse. M. Waldeger, cité par M. Farabeuf (2), partagerait la manière de voir de M. Robin et n'en différerait que parce qu'il admet la prolifération des éléments épithéliaux, au lieu de leur genèse. Mais le fait de la production préalable de l'épithélium avant le tissu conjonctif serait toujours reconnu par ces deux auteurs.

Enfin pour faire voir qu'il y a presque une transition insensible entre le carcinome et l'épithéliome et que l'anatomie pathologique est peut-être sur le point de donner des renseignements en concordance parfaite avec ceux de la clinique, disons après M. Farabeuf que

(1) Arch. der Herkunde. Leipzig, sept. 1872, in Revue des sciences médicales, t. I, nº 1, p. 120.

(2) De l'épiderme et des épithélium, p. 205.

« Karl Kœster a donné dans ces dernières années le vaisseau lympathique et l'épithélium de ces vaisseaux comme le point de départ des épithéliomes. Pour lui les cylindres cancéreux se forment aux dépens de l'épithélium des lymphatiques et des premières cellules lymphatiques profondément modifiées » (1).

Nous en resterons là sur la nature anatomique du carcinome ; mais si nous jetons un coup d'œil en arrière, il est permis de constater qu'on a déjà beaucoup marché et varié depuis Laënnec. Bien loin d'admettre comme lui des tumeurs formées de tissus homœomorphes ou hétéromorphes, on arrive *presque* à réunir par l'anatomie pathologique des affections que l'observation journalière confondait dans une gravité presque égale. La clinique vient donc encore une fois montrer le chemin et vérifier les découvertes plus ou moins hardies ou prématurées, et le critérium de la vérité existera dans l'accord constant du chirurgien et de l'anatomo-pathologiste.

Ai-je besoin, maintenant, de dire pourquoi à la suite des affections carcinomateuses, j'ai pensé à placer la description de l'epithéliome, du sarcome fibro-plastique et du chondrome ?

Velpeau, dans son *Traité des maladies du sein*, divise les cancers en huit variétés : cancer encéphaloïde, cancer ligneux ou squirrhe, cancer mélanique, fibroïde, colloïde, chondroïde, myéloïde, épithélial. M. Lebert regarde le cancroïde comme une affection toujours envahissante, et il dit que sa diffusion et sa tendance aux récidives ne permettent pas de le regarder comme une

(1) Op. cit., p. 205.

affection bénigne bien que locale. Je pourrais m'appuyer sur d'autres autorités pour légitimer la place que je donne, à côté du carcinome, à des affections qu'on ne peut pas confondre avec lui, du moins actuellement. Je ne veux pas répéter ce que j'ai dit plus haut, relativement à la formation peut-être commune en plus d'un point du carcinome proprement dit et du cancer épithélial, je préfère emprunter à la clinique d'un de nos maîtres un argument et une pensée qui m'éviteront de revenir plus tard sur ce sujet. Il faut « retenir qu'à côté des tumeurs franchement cancéreuses, il y a des tumeurs qui ont longtemps une marche bénigne, qui longtemps après l'ablation ne repullulent que sur place et qui enfin ne sont pas incompatibles avec la conservation de la santé. Ce sont encore des cancers moins mauvais que le premier » (1). Cette déclaration d'un chirurgien expérimenté, pourrait à elle seule justifier le titre peut-être un peu vague de mon travail, car c'est à regret que j'ai dû maintenir l'épithète *cancéreuse* appliquée à une affection qui n'est pas une entité morbide. Je n'ignore pas que M. Robin n'accorde aucune signification définie au mot *cancer*, aussi pour l'employer n'invoquons-nous que la clinique.

ÉPITHÉLIOME.

L'épithélioma, rangé autrefois par M. Lebert dans la catégorie des tumeurs homœomorphes qui avaient pour siége la peau et les muqueuses extérieures dut à M. Robin d'abord et à M. Cornil ensuite d'être reconnu

(1) Gosselin, Leçons de cliniq., 1873.

comme ayant un théâtre beaucoup plus vaste. On l'observa fréquemment au col de l'utérus où sa découverte servit à mieux faire connaître l'anatomie normale de l'organe, et enfin on constata que divers parenchymes contenus dans les cavités splanchniques en étaient fréquemment affectés. De ces organes nous ne nous occuperons d'aucun spécialement. Nous voulons seulement donner un aperçu très-général de l'épithéliome. Nous procéderons de même vis-à-vis des plasmomes et vis-à-vis des chondromes. C'est à l'anatomie pathologique générale de ces dernières tumeurs malignes que nous nous arrêterons. Nous avons hâte d'arriver à l'importante question de la thérapeutique des affections cancéreuses.

L'épithélioma est divisé en plusieurs variétés qui tirent leurs noms des organes qui en sont primitivement affectés. Son nom dit assez quel est l'élément qui le constitue, c'est l'épithélium, c'est l'élément accessoire qui prend la place de l'élément constituant.

Follin divise l'épithélioma en épithéliome papillaire, dermique, épithéliome glandulaire. Il fait une dernière variété pour l'épitheliome se développant dans un tissu tout à fait dépourvu d'épithélium, c'est l'épithéliome par hétérotopie plastique dont l'existence se rattache alors à la théorie générale du blastème.

Pour M. Robin les épithéliomas, quel que soit le point de départ, peuvent être composés de tous les éléments anatomiques suivants : 1° cellules épithéliales d'une ou de plusieurs des quatre variétés (nucléaire, sphérique, cylindrique, pavimenteuse) ; ces cellules peuvent atteindre un volume et des formes variables (cellules en raquette, fusiformes, excavées), manquer quelquefois de

noyau et offrir des granulations graisseuses ; 2° quelquefois leucocytes granuleux ou non ; 3° souvent globes épidermiques ; 4° substance amorphe très-granuleuse, quelquefois fort abondante ; 5° cytoblastions ; 6° éléments fibro-plastiques ; 7° capillaires ; 8° cristaux de cholestérine. Il faut bien convenir que la présence de tous ces éléments suffit pour caractériser l'épithéliome ; mais l'esprit, pour être satisfait, a besoin de connaître exactement la disposition réciproque des éléments entre eux, afin de former ainsi des variétés diverses d'une même affection.

MM. Cornil et Ranvier (1) divisent en quatre genres les tumeurs ayant leur type dans le tissu épithélial :

1° Le tissu épithélial nouveau a la disposition d'îlots ou de masses n'affectant pas la forme d'organes définis, tels que les glandes ou les papilles : ce sont les *épithéliomes proprement dits.*

2° Le tissu épithélial recouvre les papilles : tels sont les *papillomes.*

3° Il a la disposition qu'on observe dans les glandes : tels sont les *adénomes.*

4° L'épithélium tapisse une cavité kystique : ce sont les *kystes.*

Nous n'entrerons pas, on le comprend bien, dans l'étude détaillée de ces quatres genres qui présentent eux-mêmes des subdivisions.

L'*épithéliome*, proprement dit, est formé d'epithélium pavimenteux ou d'épithélium cylindrique. Le premier représente dans sa forme lobulée l'affection communément appelée cancroïde ; les masses épithéliales sont

(1) Op. cit.

disposées en lobules, lesquels sont constitués par de l'épithélium morbide et stratifié tout comme l'épithélium normal. Les masses se laissent facilement déchirer, et cette qualité avait fait donner à cet variété d'épithélioma le nom de *cancer fragile* (Cruveilhier).

Par le raclage on obtient les cellules épithéliales à formes variées, que j'ai désignées plus haut d'après M. Robin. On trouve encore des globes épidermiques formés par une stratification autour d'un centre commun de cellules épithéliales. Entre les lobules on voit un stroma conjonctif dans lequel se trouvent les vaisseaux. Mais ces vaisseaux ne s'avancent pas dans les masses épithéliales (Cornil et Ranvier). Cette variété d'épithéliome a le plus souvent pour siége primitif le corps muqueux de Malpighi, les cellules épithéliales des gaînes des follicules pileux, les glandes sébacées, les glandes sudoripares. L'altération des glandes sudoripares avait été signalée par M. Verneuil dès 1854 (*Arch. gén. de méd.*).

L'épithéliome se propage souvent assez loin suivant les interstices de l'organe et de ses éléments, ainsi que nous l'avons déjà indiqué en rapportant les observations de Schrœder van der Kolk; mais il peut aussi se propager à grande distance, et donner naissance à des productions épithéliales dans les ganglions voisins d'abord et dans les viscères ensuite. MM. Cornil et Ranvier pensent que cet épithéliome est d'autant plus grave que le stroma est formé de tissu conjonctif plus jeune.

Les épithéliomes à cellules cylindriques, confondus autrefois avec le carcinome à cause de la présence dans leur épaisseur d'un suc laiteux, ne s'observent que dans

les organes tapissés d'un épithélium cylindrique. Ils affectent donc l'estomac, l'intestin et l'utérus.

Les papillomes vrais décrits comme formant le deuxième genre des affections d'origine épithéliale comprennent différentes sortes d'hypertrophies papillaires bénignes qu'il est inutile de rappeler ici.

Les adénomes renferment les hypertrophies glandulaires de Lebert, les corps fibreux du sein de M. Cruveilhier (Broca), les tumeurs adénoïdes de Velpeau. Ces tumeurs ont la même structure que les glandes ; et, comme les glandes, que leur épithélium soit pavimenteux ou cylindrique, se divisent en glandes, en tube et en glandes en grappe, les adénomes subissent la même division. Ils ne se généralisent jamais, mais ils peuvent entrer dans des tumeurs formées d'éléments multiples, comme le prouve notre observation II. La répullulation dans ces cas ne doit pas être mise sur le compte de l'adénome véritable qui du reste dans sa pureté complète n'est pas très-commun, mais bien sur les autres éléments qui l'accompagnent.

Les kystes qui forment le premier genre de la classification de MM. Cornil et Ranvier ne nous arrêteront pas, parce qu'ils ne rentrent pas dans notre sujet.

Avant de passer à l'étude des tumeurs fibro-plastiques, disons quelques mots des tumeurs hétéradéniques. Elles sont formées (Robin) d'un tissu morbide spécial, se produisant habituellement dans des régions dépourvues de glandes, bien que, à plusieurs égards, ce tissu se rapproche de celui de ces parenchymes par sa texture et ses caractères extérieurs. Pour M. Robin les tumeurs hétéradéniques ont la marche envahissante des tumeurs cancéreuses ; elles peuvent en outre deve-

nir multiples et récidiver sur place ; ce qui pour les chirurgiens les rapproche assurément du cancer. Mais d'après MM. Cornil et Ranvier les tumeurs hétéradéniques comprendraient des affections différentes, des adénomes, des myxômes, des sarcomes, de sorte que la récidive ne surviendrait pas dans tous les cas.

SARCOME.

M. Verneuil (1) exprima le désir de voir réunies sous le nom de fibromes toutes les tumeurs homœomorphes constituées par des éléments du tissu cellulaire, purs ou mélangés, et il citait les tumeurs fibreuses, fibro-plastiques, fibro-colloïdes, chondroïdes, etc. Il disait encore que l'association du cancer avec les tissus fibreux et fibro-plastique étaient moins rare qu'on ne le pensait. Ceci vient encore à l'appui du rapprochement qu'il faut maintenir entre les sarcomes et les tumeurs cancéreuses.

Pour M. Robin le mot *sarcome* a une signification à peu près aussi vague que le mot *cancer ;* il comprendrait les tumeurs à médullocèles, les tumeurs à myéloplaxes et enfin les tumeurs fibro-plastiques, dans lesquelles il ne fait pas rentrer les tumeurs à noyaux embryoplastiques. Cette distinction tient sans doute à ce que ce professeur n'admet pas la transformation des noyaux embryoplastiques en corps fusiformes ou fibro-plastiques (2). Pour lui les noyaux embryoplastiques de l'embryon, restés interposés entre les autres éléments ana-

(1) Mém. de la Société de biologie, 1855, 4e série, t. II, p. 183.
(2) Dict. encyclop., art. Lamineux.

tomiques du tissu lamineux, et n'étant pas devenus le centre de génération de fibres lamineuses, se multiplieraient outre mesure en certains points et donneraient naissance aux tumeurs fibro-plastiques à noyaux prédominants, colloïdes ou non.

Pour MM. Cornil et Ranvier, les sarcômes sont « des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte. Ainsi quand le tissu embryonnaire se transforme en tissu fibreux, ses cellules de sphériques qu'elles étaient, s'allongent, prennent une forme de fuseau et il se fait une substance fondamentale amorphe. C'est là une forme embryonnaire de tissu conjonctif, et les tumeurs présentant une constitution analogue seront encore des sarcomes. » (1).

Les sarcomes sont presque uniquement formés d'éléments cellulaires. Sous l'influence de l'eau ils se gonflent et deviennent sphériques ; ils possèdent un ou plusieurs noyaux ovoïdes. Les dimensions des cellules sont extrêmement variables à ce point qu'on est à peu près d'accord aujourd'hui pour reconnaître que les myéloplaxes ou plaques à noyaux multiples de M. Robin ne sont que des grandes cellules à noyaux nombreux. Les plaques à noyaux multiples sont les cellules mères de Müller qui peuvent contenir jusqu'à cinquante noyaux (Cornil et Ranvier). Pour ces derniers auteurs, les noyaux ne deviennent libres que lorsque les cellules sont artificiellement déchirées et ces cellules sont très-friables. Autour des noyaux existe une substance grenue.

Les sarcomes sont très-riches en vaisseaux sanguins

(1) Op. cit., p. 113.

et les parois de ces vaisseaux sont assez friables pour se rompre quelquefois et donner naissance dans l'intérieur des tumeurs à ces épanchements sanguins.

Un sarcome peut présenter toutes les variétés de cellules, rarement il est constitué par une seule espèce, et, pour caractériser la tumeur, on s'appuie sur l'abondance relative de tel ou tel élément. Suivant que la substance intercellulaire est plus ou moins abondante, les cellules sont plus ou moins comprimées. Elles peuvent donc rester arrondies, fusiformes ou aplaties.

Certains sarcomes tirent leur nom de l'altération d'un ou de plusieurs des éléments déjà décrits. Pour n'en citer que quelques-uns, je dirai que le sarcome lipomateux est celui dont les cellules sont remplies de gouttelettes de graisse, que le sarcome mélanique offre des cellules qui se sont laissé pénétrer par des granulations pigmentaires, que les vaisseaux en se dilatant produisent le sarcome érectile. Ce sont là des distinctions toujours importantes au point de vue de l'anatomie pathologique et quelquefois au point de vue du pronostic, mais il nous est impossible de nous appesantir plus longtemps sur elles ; je ferai remarquer néanmoins que les tumeurs embryoplastiques de M. Robin forment, dans la classification que nous avons reproduite, le sarcome encéphaloïde. Ces tumeurs, formées d'éléments embryonnaires, sont molles et leurs éléments petits et ovalaires. Ils ont en un mot les caractères des noyaux embryoplastiques décrits plus haut.

Le développement du sarcome n'offre aucune particularité capable d'être signalée spécialement. Il s'étend par prolifération de ses propres éléments, ou bien envoie par sa périphérie des prolongements qui se confondent

insensiblement avec les tissus voisins. Parfois aussi on trouve à une certaine distance de la tumeur principale des petites tumeurs analogues aux tubercules cancéreux dont nous avons parlé après M. Broca.

Les sarcomes sont d'un pronostic d'autant plus grave que leurs éléments sont plus jeunes. Ils peuvent se généraliser et apparaître dans tous les organes. Je ne peux revenir sur toutes les hypothèses proposées pour expliquer ces manifestations à distance. La métastase dont je n'ai fait que mention à propos du carcinome ne peut être démontrée, ni surtout répondre aux données actuelles de la physiologie. Quant à la migration par embolies dont je n'ai pas encore parlé, elle est le plus souvent contraire aux faits, et, comme l'a déjà fait remarquer M. Broca, l'insuffisance de la théorie de la migration embolique n'est pas d'une médiocre importance pour savoir si toutes ces affections ne sont pas plutôt des manifestations locales d'un état général qu'un mal primitivement localisé.

CHONDROMES.

Les chondromes ont été l'objet d'une étude approfondie de la part des chirurgiens français, il y a une vingtaine d'années, et les Bulletins de la Société de chirurgie de 1855 contiennent une grande quantité d'observations sur ce sujet. M. Richet présenta des tumeurs cartilagineuses développées dans le poumon et l'omoplate ; d'autres chirurgiens en observèrent dans beaucoup d'autres régions ; enfin la *Gazette des hôpitaux* de la même époque et les *Bulletins de la Société anatomique* rapportent également nombre de cas intéressants. La

thèse de M. Olivier Fayan faite en 1856 sous l'inspiration de M. Verneuil est particulièrement remarquable par une bibliographie très-complète, française et étrangère. M. Dolbeau en 1858 publia dans les *Archives de médecine*, mais surtout dans la *Gazette hebdomadaire*, plus de vingt observations dans lesquelles il avait surtout en vue l'intervention chirurgicale. Cruveilhier, Nélaton, Velpeau, Denonvilliers, Gosselin, Paget, contribuèrent aussi dans une large mesure à l'étude de cette affection. Je me bornerai donc à une description très-sommaire, mais je veux dès à présent mentionner que M. Dolbeau propose, dans certains cas, la résection partielle de la tumeur. Il divise les chondromes en deux classes. Ceux des pieds et des mains sont essentiellement bénins; ceux des grands os naissant chez l'adulte après l'ossification sont moins bénins que les premiers, mais bien moins graves que tous les cancers. Il regarde la généralisation de la tumeur comme exceptionnelle, bien que Paget en cite un exemple. Il insiste aussi parfois sur le développement de la tumeur, autorisant Richter à dire qu'on ne devait pas faire une opération dangereuse pour une affection facile à supporter (Dolbeau). A propos du traitement, je reviendrai sur la résection partielle de la tumeur et sur la pensée de Richter dont l'application ne me semble pas facile à préciser.

M. Heurtaux (1) désigne le chondrome sous le nom de cancer chondroïde et il lui reconnaît deux formes : une première ferme, dure, analogue au cartilage normal; une seconde, molle, se désagrégeant et contenant un suc visqueux. C'est aussi la classification de M. Robin.

(1) Dic. de méd. et de chirurg. prat., art. Cancer.

Le chondrome ne se développe jamais aux dépens du cartilage préexistant; il se présente sous forme de masses ordinairement sphériques, d'autres fois irrégulières, séparées par du tissu conjonctif. Les différentes variétés de cartilage peuvent aussi se rencontrer isolément dans chaque masse ou bien former à elles seules toute la tumeur. Les vaisseaux se ramifient autour des masses de tissu cartilagineux. Lorsque le chondrome se développe dans un os, il prend le nom d'enchondrome, c'est là, du reste, le cas le plus fréquent; la tumeur aussi est souvent diffuse. Après les os, les organes qui en sont le plus souvent affectés sont la parotide et le testicule; la peau et les poumons en sont atteints beaucoup plus rarement.

Au point de vue du développement, les chondromes ne présentent qu'un enseignement d'une certaine importance pour le chirurgien, mais qui est aussi commun à d'autres tumeurs. Quand le chondrome est bien limité le pronostic est peu grave ; il l'est bien d'avantage quand les tissus voisins se sont laissé pénétrer par des prolongements d'éléments morbides.

C'est à ces indications très-courtes que nous bornons notre anatomie pathologique; elles seront suffisantes pour nous guider dans le traitement qu'il convient d'opposer aux tumeurs malignes. On le voit, dans cet exposé, nous n'avons pas rencontré d'éléments spécifiques, et le mode de développement des tumeurs, c'est-à-dire leur délimitation nette ou au contraire leurs prolongements dans toutes les directions ont été seuls signalés comme ayant une réelle valeur pronostique. D'après M. Billroth, comme nous l'avons vu plus haut, la structure alvéolaire du carcinome ne serait même pas spécifique; néanmoins, ce caractère, sur lequel

insistent la plupart des anatomo-pathologistes actuels ne peut, à notre avis, être négligé.

On tombe dans beaucoup d'erreurs en voulant être trop absolu. Nous dirons donc avec les auteurs qui n'ont pas de parti pris, que de même que le diagnostic clinique ne s'établit pas d'ordinaire sur un seul symptôme, de même le diagnostic anatomique ne se basera pas uniquement sur un seul élément figuré. Nous ne retiendrons de cette partie de notre travail que ce fait, qu'une tumeur cancéreuse est d'autant plus sujette aux récidives, qu'elle est moins isolée des tissus voisins. Que nous sommes donc loin d'atteindre le but que la logique de Velpeau paraissait désigner et promettre aux travailleurs quand, après la discussion mémorable de 1855, où il avait combattu la spécificité et avait semblé vouloir contraindre les chirurgiens à ne pas sortir du terrain de la clinique, il ne pouvait s'empêcher d'écrire en 1858 (Traité des maladies du sein et de la région mammaire).

« Il doit y avoir dans le cancer quelque élément plus général ou élément unique et varié, qui doit exister dans toutes les productions cancéreuses. Avec les apparences d'une famille à formes variées, à variétés nombreuses, le cancer n'en a pas moins une marche, une évolution, des phases si tranchées, une manière d'être si spéciale qu'on ne s'en rendra point compte, sans la supposition d'un élément particulier ; et à moins d'avoir trouvé cet élément, l'anatomie pathologique ne sera pas en mesure d'en proposer une bonne classification, une meilleure dénomination. »

Les divergences dans l'appréciation des différents points de la pathogénie des tumeurs dites cancéreuses et les incertitudes nombreuses que l'on a signalées dans leur origine et leur mode de propagation, sembleraient tout d'abord nous interdire toute déduction thérapeutique.

Nous avons vu en effet que l'anatomie et la physiologie pathologique ne pouvaient nous éclairer d'une façon suffisante ; il faut donc, si nous voulons résoudre le problème, appeler à notre secours des éléments puisés à une autre source. C'est la clinique, autrement dit l'observation intelligente que nous allons invoquer ; et, c'est en examinant les résultats qu'elle fournit que nous tâcherons de trouver les matériaux nécessaires à notre étude.

Pour diriger un traitement de quelque nature qu'il soit, il faut, si l'on ne veut pas descendre à la thérapeutique du symptôme, se faire une idée quelconque de la maladie contre laquelle on se propose d'agir. Eh bien, cette idée générale, nous nous efforcerons de la déterminer en nous appuyant non sur des hypothèses, mais sur des analogies, puisque le sujet en lui-même ne nous donne pas les moyens nécessaires à sa solution.

La plupart des auteurs conviennent que l'affection cancéreuse n'est pas incurable dans tous les cas ; je veux dire qu'il est arrivé de voir des récidives au bout d'un temps si long qu'on a été autorisé à regarder l'affection primitive comme évidemment guérie. D'autres fois, la récidive n'est pas survenue ; mais si l'on peut objecter qu'une maladie mortelle intercurrente a empêché la récidive, on peut, ce me semble, ne pas se laisser convaincre par un argument aussi négatif. Que voyons-

nous dans l'immense majorité des cas? Une tumeur maligne se montre en un point quelconque de l'économie; cette tumeur augmente peu à peu de volume, reste quelquefois plusieurs années stationnaire, et, le plus souvent sous l'influence d'une sorte de coup de fouet, elle accélère sa marche, se propage dans les tissus voisins, frappe les ganglions de dégénérescence et fait naître, en fin de compte, des néoplasmes de même nature qu'elle-même, dans les points les plus éloignés de l'organisme. Ce fait incontestable comporte, à mon avis, un véritable enseignement, et je ne me laisserai pas arrêter par l'objection qu'il est des tumeurs de même nature que les précédentes, qui avancent continuellement, d'une marche régulière et progressive, et je demanderai si une affection locale ou symptomatique d'un état général ne jouit pas, dans ses moments d'arrêt, d'un repos dû à l'inactivité de la cause qui a provoqué sa manifestation première. En d'autres termes, et pour mieux préciser ma pensée, n'est-il pas rationnel d'admettre que lorsqu'une affection à marche essentiellement chronique interrompt même un instant ses ravages, la cause qui l'a produite cesse d'agir. De cette cessation d'activité à la cessation d'existence de cette cause, il n'y a qu'un détroit à franchir, et je le franchis sans crainte. Par quelle influence mystérieuse, certainement en dehors des choses physiques, voudrait-on expliquer l'arrêt de développement d'un néoplasme, et quelle raison viendrait-on présenter à l'appui de cette thèse singulière, qu'une force quelconque, continuant d'exister, interromprait soudainement ses manifestations morbides, pour prendre un moment de repos, revenir en quelque sorte sur elle-même et remettre à plus

tard la continuation de ses débuts? Ce serait à coup sûr raisonner à la manière des métaphysiciens ; et, comme nous ne pouvons pas admettre, pour expliquer la marche des affections cancéreuses, une cause manifestant sa présence d'une façon arbitraire, nous disons que lorsque cette cause n'agit pas, c'est qu'elle n'existe pas. Ce serait mal comprendre notre pensée que de croire que, dans le sujet qui nous occupe, nous admettions dans la plus légère mesure la doctrine des diathèses, autrement dit la doctrine qui place tous les phénomènes organiques sous l'influence d'une force en dehors des éléments anatomiques, et les entraînant, quoi qu'il arrive, vers une destinée fatale. Loin de nous une pareille supposition ; nous entendons simplement démontrer que, pour le cancer, qu'on l'attribue à une cause primitivement locale, ou bien à une cause primitivement générale, ne se révélant tout d'abord que localement, du moment que l'affection cesse de progresser, c'est que la cause, quelle qu'elle soit, a cessé d'exister.

L'année dernière, M. Burdel a publié de nombreuses observations tendant à démontrer les rapports étroits, au point de vue de l'hérédité, entre la diathèse cancéreuse et la diathèse tuberculeuse. Il a fait voir que les parents cancéreux procréaient souvent des enfants tuberculeux, et que les parents tuberculeux engendraient aussi fréquemment des enfants atteints plus tard de cancer. J'accepte ces faits, parce qu'ils résultent d'observations prolongées pendant de longues années, et que, dans les hôpitaux, on ne peut en recueillir de cette nature qu'un bien petit nombre. Ces faits m'offrent des arguments précieux, pour deux raisons : la première, c'est que la prédisposition organique en vertu de la-

quelle on devient cancéreux ou tuberculeux, doit être sensiblement la même pour les deux affections; la seconde, c'est que l'observation fréquente de la tuberculose nous fournit des arguments et des secours pour l'étude du cancer. Que voyons-nous dans la tuberculose? Nous voyons que cette affection est héréditaire ou acquise, mais que, dans les deux cas, le traitement prophylactique peut en empêcher l'éclosion, et qu'un traitement bien dirigé, reposant sur une bonne hygiène, peut arrêter les produits néoplasiques dans leur évolution morbide, et, de plus, empêcher la formation de produits nouveaux. Eh bien! je dis que lorsque les néoplasmes ont cessé de se développer et de se produire, la cause qui avait provoqué leur apparition a certainement disparu. A quoi, dans l'état actuel de la science, attribuons-nous la tuberculose? A la misère physiologique, pour nous servir de l'heureuse expression de M. Bouchardat. Et cette misère physiologique, qu'est-elle, sinon ce manque de vitalité des éléments anatomiques qui fait que les cellules, et d'une manière générale tous les organes, au lieu d'élaborer les matériaux nécessaires aux fonctions de la vie, ne donnent naissance qu'à des produits avortés, incapables d'arriver à leur développement parfait. Que cette misère physiologique vienne à s'adoucir, que les éléments organiques, sous une influence hygiénique quelconque, reprennent un peu de force et leur vitalité normale, immédiatement cessent de se montrer des productions néoplasiques.

Viendra-t-on maintenant m'accuser de faire des théories? Je dirai tout d'abord que je ne suis pas seul auteur responsable de celle qui précède; qu'en outre, s'il y a

théorie, elle a pour elle la force et l'enchaînement des faits.

Pour me résumer, je dirai : Ceux qui sont prédisposés à la tuberculose ne meurent pas forcément tuberculeux; ceux qui ont des tubercules ne sont pas forcément condamnés à en faire développer d'autres. La forme aphoristique sous laquelle je présente ces faits d'observation journalière ne me fait pas méconnaître les exceptions nombreuses qui leur sont contraires ; mais, rappelant ici une pensée de Descartes, je répéterai qu'un fait bien observé ne perd pas de sa valeur, quand même il serait seul. Transportant à l'étude de l'affection cancéreuse les résultats obtenus par l'observation de la tuberculose, nous dirons que l'affection cancéreuse est à la vieillesse ce que la tuberculose est à la jeunesse, et il me semble qu'on fait une hypothèse vraisemblable, lorsqu'on rattache ces deux affections à la misère physiologique. Pour la tuberculose, troubles de nutrition et formation d'éléments nouveaux qui, faute d'une vitalité suffisante, ne peuvent arriver à l'état adulte ; pour le cancer, formation d'éléments nouveaux en nombre plus ou moins considérable, mais d'un pronostic d'autant plus grave qu'ils sont plus jeunes, et que l'organisme affaibli ne peut les conduire à un développement complet. Les tumeurs composées d'éléments adultes sont moins exposées aux récidives, parce que l'organisme n'a que peu à faire pour reprendre la puissance qu'il avait un moment perdue. Enfin, s'il fallait encore prouver autrement la vitalité minime des tissus néoplasiques, je dirais qu'ils subissent facilement la dégénérescence et le ramollissement; que, de plus, ils offrent aux caustiques destinés à les détruire une résistance bien moin-

dre que les tissus normaux. Je pense donc avoir surabondamment démontré que les productions cancéreuses sont liées à la misère physiologique. On pourra me faire l'objection superficielle que l'on voit souvent des cancers se développer chez des personnes ayant jusque-là joui d'une bonne santé. A cela je répondrai que la santé n'était qu'apparente ; que la tumeur n'augmentera qu'en proportion de la misère physiologique ; qu'enfin la propagation, ou pour mieux dire la multiplication, ne s'opérera que lorsque la misère physiologique sera plus complète. Il faut se garder de prendre la cause pour l'effet, et il est désormais facile de comprendre pourquoi les théories de propagation reposant sur l'embolie, le transport des liquides ou des éléments figurés, la métastase, ont été reconnues insuffisantes.

Il nous serait facile de donner à nos idées une sanction clinique, et, pour cela, nous n'aurions qu'à citer des observations de tumeurs cancéreuses n'ayant pas augmenté à partir d'une certaine époque, de cancers ayant guéri spontanément, je dis spontanément, car je ne peux me persuader qu'il n'y ait pas eu de cancers véritables dans les nombreux cas de guérison des tumeurs dites cancéreuses. Je sais bien que beaucoup de tumeurs n'ont été qualifiées ainsi que par erreur de diagnostic ; aussi n'emprunterai-je pas d'exemples à des auteurs d'une compétence discutable.

Le 12 avril 1865, M. Vulpian communiqua à la Société médicale des hôpitaux (1) une observation dont voici le résumé :

En 1862, MM. Charcot et Vulpian examinèrent une

(1) T. II, 3e série, année 1865, p. 91.

femme ayant eu, cinq ans auparavant, au sein gauche, une tumeur qui s'était développée rapidement et avait atteint le volume de la tête d'un enfant de dix ans. La malade ressentait des douleurs lancinantes. Elle ne voulut pas se faire opérer, et ne suivit qu'un traitement insignifiant. Au bout de dix mois, les douleurs avaient disparu, et la tumeur n'était plus que comme la tête d'un enfant à terme. Un an plus tard, la tumeur avait disparu, et la glande mammaire presque complétement aussi. La peau n'offrait aucune cicatrice ; il y avait dans l'aisselle quelques ganglions peu volumineux et indurés. La femme disait se porter bien. Point de teinte cachectique, M. Vulpian apprit plus tard qu'en ce moment la malade souffrait de paroles lancinantes dans le sein droit; mais la crainte d'une opération l'empêchait de se plaindre.

En 1865, on constate un épanchement dans la plèvre du côté droit. Le sein gauche était le même que trois ans auparavant; le sein droit présentait çà et là quelques indurations partielles. Douleurs lancinantes très-vives; ganglions peu volumineux et indurés dans les deux aisselles. Au-dessus du sein gauche, petites taches roses qui correspondent à des indurations limitées, arrondies, de la peau. Teint un peu cachectique. Quelques douleurs quand on palpe la région hépatique. On diagnostique cachexie cancéreuse avec généralisation des productions cancéreuses, cancer de la plèvre avec épanchement probablement séro-sanguinolent, et probablement aussi néo-membrane organisée, vasculaire sur la plèvre.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale droite, liquide séro-sanguinolent, néo-membrane un peu au-dessous du

sommet du poumon, plaque cancéreuse à bords irréguliers. A la base du poumon, plusieurs granulations cancéreuses sur la plèvre, rien dans l'intérieur du poumon.

A gauche, granulations cancéreuses de la plèvre pulmonaire, rien dans le poumon. Grains cancéreux dans le médiastin et nombreuses granulations cancéreuses dans le mésentère.

Examen microscopique. — Sein gauche, aucun élément cancéreux, atrophie de la glande. Éléments cancéreux dans les tubercules cutanés situés au-dessus de ce sein.

Sein droit, nombreux îlots de cancer. Rien dans les ganglions.

Donc : « Disparition spontanée d'une tumeur très-volumineuse et très-vraisemblablement cancéreuse de l'un des seins, coïncidant d'ailleurs avec le début du développement d'une affection cancéreuse de l'autre sein. Ce qui est remarquable aussi, c'est que l'affection au sein droit n'a pas suivi la marche qu'avait suivie la maladie du sein gauche ; il n'y a pas eu d'augmentation de volume comme dans celui-ci.

« Cette observation m'a paru offrir un certain intérêt au point de vue de l'histoire clinique du cancer, et c'est ce qui m'a engagé à vous la communiquer. » (Vulpian.)

M. Cahen (1) présente l'observation d'un homme âgé de 64 ans, portant dans l'aine droite une tumeur de nature cancéreuse. Michon en fit l'opération, et l'on put se convaincre, pièces en main, que la tumeur enlevée était formée de tissu encéphaloïde. Quatre ans après, nouvelle tumeur dans l'aine gauche. Une nouvelle opéra-

(1) Bull. de la Société méd. des hôp., déc. 1859, t. IV, p. 359.

tion fut pratiquée, et il ne resta aucun doute sur la nature de la tumeur. La cicatrice offrit de la dureté qui augmenta, et donna lieu à une troisième tumeur qu'on ne voulut plus opérer, Elle était bosselée, de la grosseur du poing; la peau adhérente, amincie, violacée, menaçait de se perforer. La santé générale était bonne. Le malade partit pour l'Afrique, y resta deux mois, dont cinq semaines à Alger, et, à son retour, on ne trouva plus que les traces de la tumeur qui avait existé. La peau était flasque, se plissait facilement; le malade était guéri ou à peu près.

MM. Barth et Guérard firent des réserves, surtout à cause de l'origine probablement ganglionnaire. M. Trélat cita un cas où Velpeau diagnostiqua un cancer du sein ulcéré. La malade était amaigrie et son teint jaune. Six ans après, la tumeur avait diminué beaucoup, la malade avait repris de l'embonpoint.

Nous nous bornerons à ces observations, dont nous n'avons fait que le résumé. Il serait facile, à coup sûr, d'en trouver d'autres du même genre dans les auteurs, mais elles ne seraient peut-être pas entourées de garanties suffisantes. Ne nous montrent-elles pas que dans quelques cas, rares il est vrai, la tumeur cancéreuse est capable de diminuer de volume au point de disparaître entièrement. Et n'est-il pas démontré que, pendant la durée de cette résorption, l'influence causale n'existe plus. D'un autre côté, quand même la tumeur, loin de diminuer, resterait stationnaire, ne serait-il pas encore permis d'admettre que la cause a épuisé ses effets, qu'elle est impuissante à augmenter la production morbide, ou bien enfin que l'organisme, bien qu'assez fort pour contenir l'invasion, n'est pas encore en mesure

d'anéantir ses premiers progrès. L'économie, si l'on veut me permettre cette expression, se tient sur la défensive.

A la suite des observations où l'organisme a fait presque à lui seul les frais de sa défense, citons un exemple emprunté à M. Maisonneuve, et qui démontre l'influence de la thérapeutique sur la reconstitution organique.

Une dame, opérée deux fois pour un cancer du sein, avait la moitié de la région antérieure du thorax envahie par un énorme ulcère qui exhalait une odeur insupportable, et affaiblissait considérablement la malade. M. Maisonneuve modifia la surface ulcérée par des applications de caustiques, et, vingt-cinq jours après, survenait une grande amélioration générale et locale. Après trois mois, la cicatrisation existait sur les 9 dixièmes de la surface. Pendant deux ans, à diverses reprises, nouvelles applications de caustiques. La malade mourut d'une pneumonie (1). L'affection cancéreuse sans doute n'était pas guérie, elle n'avait pas non plus empiré, et l'on ne peut contester que l'économie, aidée en quelque sorte dans la lutte qu'elle supportait contre la tumeur cancéreuse, avait repris le dessus et semblait bientôt devenir victorieuse.

De tout ceci, il résulte qu'il faut écarter d'une façon définitive la pensée d'un état diathésique essentiellement cancéreux et incurable ; qu'il faut non moins rigoureusement proscrire toute idée d'une affection locale. Quand on est dominé par l'une ou l'autre de ces théories, on recherche, dans le premier cas, un spécifique dont

(1) Clinique chirurg., 1864, t. I, p. 53.

l'existence paraît tout au moins douteuse ; dans le second cas, on ne s'occupe que de l'affection locale, et on croit avoir tout fait quand on a extirpé ou détruit la tumeur.

Et c'est parce que je crois que, dans les affections cancéreuses, il y a un trouble de nutrition, *totius substantiæ;* c'est parce que je crois que tous les organes et appareils sont frappés d'un manque de vitalité appelé misère physiologique, que jem'explique aussi bien les succès que les insuccès de la thérapeutique du cancer. N'en est-il pas de même de la tuberculose ; n'a-t-on pas cherché aussi tous les spécifiques imaginables à lui opposer, et en est-il un seul qui soit resté debout? Ne voit-on pas néanmoins se guérir bien des tuberculeux sous l'influence combinée d'une bonne thérapeutique et d'une bonne hygiène, alors que la vitalité organique est encore suffisante pour réagir contre l'action morbide ? N'en voit-on pas beaucoup plus mourir malgré tous les efforts éclairés du clinicien, parce que l'économie, primitivement ou consécutivement, a été si fortement amoindrie qu'il lui a été impossible de réagir efficacement ? Pourtant la tuberculose affecte plus particulièrement les jeunes gens, c'est-à-dire ceux dont les éléments anatomiques jeunes jouissent encore d'une puissance vitale native que l'on ne rencontre plus chez le vieillard. Chez ce dernier, nous trouvons des éléments dont l'énergie nutritive est déjà sur le déclin, qui suffisent à peine à entretenir les fonctions de la vie, qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'ils ne puissent résister à une influence morbide même momentanée ? Aussi de ces deux affections, qui nous semblent sœurs, ne voit-on pas que l'affection cancéreuse est bien plus fatalement mortelle

que l'autre, à cause de l'organisme épuisé du vieillard qui ne contient plus en soi de moyens de résistance, et dont les matériaux paraissent s'écrouler au fur et à mesure qu'on approche la main pour les soutenir.

C'est à cette démonstration qu'ont abouti nos recherches anatomo-pathologiques et cliniques ; nous pensons qu'elle sera bien accueillie de ceux qui ont cherché à interpréter les faits journaliers. Nos explications ont l'important avantage, à notre avis, de grouper d'une manière rationnelle et comme physiologique les affections nombreuses dont la parenté avec le cancer est mise hors de doute. L'étude simultanée des affections diverses appelées cancéreuses se trouve donc légitimée une fois de plus.

Ne m'est-il pas permis maintenant de remarquer que la question de la thérapeutique, et plus particulièrement de l'intervention chirurgicale , est considérablement simplifiée. La conduite du chirurgien n'est-elle pas mieux éclairée et j'oserai presque dire régularisée? On entend chaque jour, à propos d'une tumeur cancéreuse, les chirurgiens du plus grand mérite discuter l'opportunité opératoire. Ils nous apparaissent même, vis-à-vis du fait particulier, mettre de côté leur vaste expérience et procéder avec incertitude et force réserves. Si nous n'avons pas une trop grande présomption de nos propres forces, nous espérons pouvoir arriver à déterminer, pour la grande majorité des cas, quelle devra être l'attitude du chirurgien.

Nous n'avons certes pas l'illusion ambitieuse de poser des règles absolues ; nous croirons pourtant avoir rempli notre tâche, si nous réussissons à établir des lois relatives.

Notre point de départ, établi et discuté dans la première partie de ce travail, est ainsi précisé : les affections cancéreuses reconnaissent, pour cause première, un trouble de nutrition de tous les éléments organiques en général. Ce trouble de nutrition, d'activité vitale, si l'on veut, détermine dans une région quelconque la formation d'un néoplasme, en vertu d'une détermination morbide inconnue dans son essence, et d'une receptivité morbide également inconnue. Dans ces circonstances, quelle doit être la conduite du chirurgien en présence de la tumeur? La question étant ainsi posée, il faut pour la résoudre lui imposer des divisions. Nous nous demanderons s'il faut intervenir, quand et comment il faut intervenir.

Faut-il intervenir? Il est certain que, lorsque l'affection atteint un organe accessible au chirurgien et important au maintien de la vie, il faut intervenir aussitôt que le mal est reconnu. C'est ainsi que les affections organiques de la langue, des voies aériennes, du rectum, n'autorisent en aucun cas l'inactivité du chirurgien. Il ne doit pas se guider sur la récidive plus ou moins rapide de ces affections, et, dût-il ne faire qu'une résection partielle, il doit opérer pour prolonger l'existence du malade. Il est vrai que j'ai entendu des chirurgiens se contenter de l'inaction, par ce raisonnement philosophique, que la mort inévitable, en avançant de quelques jours, délivrerait le malade de souffrances impossibles à calmer. Un pareil motif n'est admissible qu'à la période tout à fait ultime, et je ne le discute pas plus longtemps.

Si la tumeur se développe sur un organe peu important pour les fonctions générales, faut-il intervenir?

Nous touchons au cœur de la question, et il est nécessaire de bien mesurer sa réponse. Nous admettons, bien entendu, que le diagnostic est exact, que la tumeur est maligne. Prenons le cas le plus simple. Si la tumeur ne gêne le malade, ni par son siége, ni par son volume, ni par les douleurs qu'elle provoque, ni par les préoccupations mentales qu'elle peut amener, je pense qu'il ne faut pas opérer. On me dira que l'existence de la tumeur est une *porte* constamment *ouverte* à l'infection générale. Je répondrai que je ne comprends pas bien ce qu'on entend par *porte ouverte* à l'infection; si l'on veut dire que la maladie se propagera d'autant plus volontiers que la tumeur primitive subsistera, on est en droit de procéder à l'ablation, mais il me semble que l'on fait une lourde erreur ; et pour réfuter cette manière de voir, je n'ai qu'à invoquer les statistiques. Elles me diront que les malades opérés ont toujours eu leur existence abrégée, et que les récidives, survenues en moyenne dans la même année, ont amené rapidement la mort. Je n'ignore pas que je suis en contradiction absolue avec beaucoup de chirurgiens qui ont eu la force de caractère de publier des statistiques contraires à leur méthode.

M. Broca dit qu'il faut opérer de bonne heure et tant qu'on peut. Cette recommandation découle tout naturellement de sa conception de la tumeur cancéreuse, qu'il regarde comme intermédiaire entre la diathèse et l'infection générale. M. Gosselin (1) préfère l'intervention, parce que la santé générale est encore bonne. Nous conseillerons, nous, en règle générale, de s'abstenir de toute intervention précisément pour les mêmes raisons.

(1) Clinique de la Charité. 1873.

Ce professeur s'exprime ainsi : » Les chirurgiens de notre époque ont vu trop souvent la récidive, après les opérations faites de bonne heure, pour croire que la généralisation du cancer résulte du transport dans l'économie de particules parties d'un cancer local. » C'est un clinicien consommé qui parle ainsi, qui n'hésite pas à regarder les opérations de cancer du sein, par exemple, comme palliatives. La pratique quotidienne de nos maîtres nous montre qu'ils sont partisans de l'intervention aussi rapide que possible, et les récidives qu'ils annoncent ne les arrêtent pas ; mais si, comme il est rationnel de le supposer, ils ont sur la généralisation du cancer une opinion semblable à celle de M. Gosselin, ils m'autoriseront bien à parler d'inconséquence. Eh quoi, opérer une tumeur qui doit récidiver sur place ou à distance, et cela quand la tumeur ne gêne pas le malade pour les raisons que j'ai signalées plus haut, c'est évidemment agir d'une façon illogique.

On dira : Mais la tumeur peut progresser et prendre un volume qui la rendra inopérable ; d'accord, mais il est permis d'espérer qu'après un mouvement de développement, elle rentrera dans le repos ; que si elle continue de s'accroître, c'est sous l'influence de troubles de nutrition de l'économie entière qui survivront à l'ablation de la tumeur, et donneront lieu soit à une récidive sur place, soit à une récidive dans les ganglions, soit enfin à des productions multiples, prématurées et infiniment plus graves que le néoplasme primitif. J'ai vu des chirurgiens se déterminer à l'opération, précisément parce que la tumeur, tranquille pendant un temps variable, s'était tout à coup mise à se développer énergiquement ; ils déduisaient de ce fait la nécessite de l'in-

tervention. Je pense que c'est tout le contraire qu'il aurait fallu déduire, puisque le mouvement morbide est en pleine activité et que l'opération n'a aucune chance de l'enrayer. On me paraît agir dans ces circonstances comme celui qui retire la cendre du foyer pour mieux activer la combustion. C'est alors qu'on ne manque pas d'avouer plus tard que l'opération n'a malheureusement pas eu le résultat que l'on attendait, que la récidive s'est faite sur place ou dans les ganglions peu de semaines ou peu de mois après l'ablation de la tumeur. On peut encore produire l'objection que si l'on n'a pas opéré au moment convenable, et que la tumeur, en s'accroissant et en s'ulcérant, ait rendu plus tard l'intervention inévitable, on se trouve alors dans des conditions infiniment moins avantageuses qu'antérieurement. Cette objection me laisse tout à fait indifférent, parce que la tendance de la tumeur à croître constamment prouve l'inutilité d'une intervention antérieure, et que pour faire une opération inutile à cause de la marche si rapide de l'envahisseur, il n'y a aucun avantage à se presser.

Si la tumeur cesse de croître, ou bien rentre dans le repos après une période d'activité plus ou moins courte, alors il n'y a plus de raison d'intervenir, puisqu'on n'a plus à combattre qu'un ennemi imaginaire. Et je suis persuadé que c'est à ce dernier genre de tumeur qu'on a eu affaire quand on a eu des récidives éloignées. La misère physiologique, qui avait un moment disparu pour laisser un état général meilleur, a pu se reproduire sous une influence quelconque, et ramener des néoplasmes à la place de celui qu'on avait extirpé. Il ne faudrait pas

supposer l'économie incapable de produire un second cancer quand elle a pu en former un premier.

Ces premiers points bien établis, il est possible d'élucider facilement les autres.

Il est bon nombre de chirurgiens qui ne veulent pas opérer une tumeur cancéreuse, quand les ganglions qui y correspondent sont pris. Quelle est la raison qu'ils allèguent dans ces cas? C'est que la dégénérescence des ganglions leur montre que l'infection de tout l'organisme est prochaine, que déjà des productions viscérales ont pu se former, qu'en un mot, l'économie agonise. En d'autres termes, cela veut dire que l'affection morbide marche avec activité, et qu'une intervention quelconque demeurera impuissante. Pourquoi alors ne pas appliquer le même raisonnement à une tumeur se développant sans jamais s'arrêter, et indiquant par sa rapidité d'évolution que l'organisme entier avance à grands pas vers sa déchéance totale? On n'a pas répondu, que je sache, à cet argument, qui devrait sans cesse inspirer la conduite du chirurgien.

Nous venons de voir que l'intervention chirurgicale n'avait pas, dans les cas précédents même, une influence palliative, bien loin d'être curative; mais il est des circonstances qui réclament impérieusement le traitement palliatif. J'ai déjà parlé du siége des lésions pouvant forcer la main du chirurgien; il est d'autres raisons qui peuvent le mettre en demeure d'agir. En première ligne, on doit placer la douleur. Schrœder van der Kolk pensait, comme nous l'avons dit plus haut, qu'il n'était déjà plus temps d'agir quand se montraient les douleurs lancinantes, parce qu'elles révélaient les empiétements de la tumeur sur les nerfs voisins. Aussi serions-nous

entièrement de l'avis de cet auteur, s'il était possible, dans tous les cas, de combattre avec efficacité cet élément douleur. Quand on a épuisé toutes les ressources qu'offre la matière médicale, quand les fonctions digestives et autres sont troublées par suite des souffrances, il est indispensable d'intervenir quelle que soit la période de la tumeur, quel que soit l'état des ganglions. Si la tumeur n'est pas ulcérée, on l'enlèvera en totalité ou en partie; si elle est ulcérée, on pourra se comporter de la même manière, ou encore faire des applications de pâtes escharotiques, et, sous l'influence de ce traitement purement palliatif, on a vu se faire des améliorations surprenantes qui équivalaient presque à des guérisons. Donc, la douleur pourra être une raison d'intervention. A côté d'elle, nous pourrons ranger le volume de la tumeur qui gêne le malade dans sa profession, dans ses mouvements, etc., et peut aussi constituer une indication opératoire. Cette indication est commune aux affections bénignes et aux affections malignes. L'odeur qui survient à la suite de l'ulcération des tumeurs est ordinairement si fétide, si insupportable pour le malade et pour les personnes qui l'environnent, qu'elle devient alors d'un grand poids dans la détermination du chirurgien. Pour la combattre, les substances absorbantes et désinfectantes devront être employées; si elles sont insuffisantes, on aura recours, comme précédemment, à l'ablation ou à la destruction générale ou partielle de la tumeur. L'ichor, qui prend aussi naissance sur les tumeurs ulcérées, et qui, outre son odeur infecte, jouit aussi fréquemment de qualités chimiques telles qu'il irrite les téguments, doit être neutralisé par les substances diverses qui sont à la disposition du chi-

rurgien et surtout par une excessive propreté. Si ces moyens sont insuffisants, on devra recourir aux procédés extrêmes.

On le voit, l'intervention chirurgicale devrait être, à notre avis, extrêmement restreinte, et le raisonnement comme l'observation clinique limitent le terrain sur lequel elle doit agir. En résumé, quelle que soit l'idée que l'on se fasse de la nature des affections cancéreuses, qu'on les rattache à une cause primitivement locale, ou au contraire à une affection générale ; que l'on admette la curabilité ou l'incurabilité des affections cancéreuses, l'opérateur doit toujours être pénétré de cette vérité évidente, que l'ablation complète ou incomplète d'une tumeur cancéreuse n'a jamais été pour beaucoup dans la guérison temporaire survenue, et qu'il est absolument oiseux de s'acharner à poursuivre pas à pas des productions morbides, qui après tout ont leurs analogues dans l'économie, et qui trouveront toujours dans le tissu lamineux, si répandu dans l'organisme, un point de départ et une base de développement.

Donc, la douleur, le siége, l'ulcération amenant une odeur fétide et un ichor irritant, seront pour nous les seules raisons qui militeraient en faveur du traitement palliatif. Nous y ajouterons les troubles intellectuels qui, agissant sur les autres fonctions, arrivent par une voie indirecte, mais certaine, à favoriser le développement d'un mal produit par une nutrition morbide des éléments organiques.

Nous avions déjà rédigé les pages qui précèdent quand nous avons eu connaissance par M. Lorey, notre collègue et ami, des idées et de la pratique de M. Panas. Ce chirurgien n'est pas partisan de l'intervention pour

des motifs qui s'éloignent un peu des nôtres ; nous les discuterons, mais auparavant nous remercierons M. Lorey qui nous a gracieusement communiqué ses notes. Nous allons en reproduire l'esprit, sinon la lettre.

« Pour l'école chirurgico-micrographique, ayant pour chefs MM. Broca, Follin, Verneuil, il y avait une différence considérable entre le cancer et le cancroïde ; cette dernière affection, comparée à la première, était fort peu grave et rien ne la rapprochait du cancer, soit. Au point de vue micrographique, le cancroïde n'est ni un sarcôme, ni un fibro-sarcôme, mais un épithelioma. Cliniquement, il est prouvé que c'est la plus redoutable des affections et M. Panas le considère comme le véritable *noli me tangere*. Qu'il siége aux lèvres, dans les acini de la glande mammaire (cancer du sein), au col de l'utérus (cancer de l'utérus), il ne faut jamais songer à enlever la tumeur. Si vous y touchez, vous avez grandes chances de faire dégénérer le mal, vous le faites passer presque subitement de l'état chronique à l'état aigu ou suraigu. Ainsi, il est préférable de ne jamais toucher à l'épithélioma des lèvres, de la caroncule lacrymale, du col de l'utérus. En laissant la tumeur à elle-même, le malade vivra six, huit, dix ans sans trop de souffrances. Tandis que si vous l'attaquez par le bistouri vous avez 99 chances sur 100 de ne pas guérir le malade; la récidive aura lieu sur place, ou bien les ganglions de la région correspondante ne tarderont pas à dégénérer et à prendre un volume considérable. Ce sera alors, comme le dit M. Panas d'une façon imagée, la *vengeance des ganglions*. Si ces organes restent inaltérés, la plaie ne se cicatrise pas et la récidive a lieu sur place. *Il semblerait, en effet, que la tendance de la plaie à ne pas se*

cicatriser soit favorable au malade. La surface ulcérée du cancer ressemble à un véritable *exutoire*, à une *soupape de sûreté*, qui empêche la lésion épithéliale d'envahir d'autres régions. Le succès de ceux qui traitent les cancers du sein par des applications de pâte de Canquoin, de caustique quelconque, sembleraient confirmer cette manière de voir. »

A l'appui de son opinion, M. Panas rapporte l'exmple d'une femme opérée par lui d'un cancer du sein. Un petit ganglion axillaire semblant malade est enlevé. Trois mois après l'opération, tous les ganglions axillaires étaient pris en masse, formaient une tumeur énorme, et la malade mourait en six mois. L'année dernière, nous dit M. Lorey, M. Panas a traité par l'application de la pâte de Canquoin, plusieurs cancroïdes de la face et du sein, et amené la cicatrisation complète.

Quant aux fonctions que M. Panas attribue à la tumeur, ulcérée ou non, qui serait comme un exutoire destiné à débarrasser l'organisme de l'agent morbide, je pense qu'il est nécessaire de donner quelques explications.

Cet exutoire favorise-t-il l'écoulement de l'humeur peccante, ou bien n'agit-il que par une sorte d'action locale, amenant en un même point l'effort morbide et l'empêchant de s'étendre ailleurs. Je ne m'arrêterai pas à discuter la première interprétation qu'adoptaient si souvent les anciens. La seconde a plus de consistance, car on sait que contre la syphilis on a préconisé l'emploi de révulsifs fréquents; qu'on a combattu longtemps les manifestations locales ou générales de la scrofule, par des cautères permanents. A la faveur d'une révulsion énergique, la scrofule éloignait souvent ses mani-

festations, et il arrivait qu'aussitôt l'exutoire guéri, l'individu était saisi de malaise, que sa santé générale était moins bonne qu'auparavant. On a abandonné cette thérapeutique qui, on le pense, ne pouvait jamais éteindre la maladie, et n'était qu'une cause artificielle d'affaiblissement. Sans doute M. Panas n'entend pas l'exutoire de cette manière, et, si j'ai bien saisi sa pensée, l'affection locale serait en quelque sorte le centre d'action et d'épuisement de l'agent morbide. Envisagé de cette manière, l'exutoire spontané serait donc une dérivation puissante qu'il faudra prendre garde d'arrêter; il faudra seulement la régulariser. La clinique semble donner raison à M. Panas, puisqu'elle démontre que l'exutoire enlevé, l'organisme s'empresse d'en créer d'autres soit sur place, soit dans les ganglions. L'économie se refait des *soupapes de sûreté*.

S'il était vrai qu'aussitôt l'exutoire détruit, les ganglions se prissent toujours immédiatement ou peu de temps après, on pourrait penser que l'organisme reproduisît tout de suite ce qu'on lui avait enlevé et même au-delà. Mais la chose n'est pas constante, et la répercussion ganglionnaire peut tarder beaucoup. D'autre part, j'ai vu des cas où une deuxième exploration pratiquée quinze jours après une première, fit découvrir des ganglions dégénérés où il n'en existait pas auparavant. Si l'opération avait eu lieu, on lui aurait attribué la dégénérescence.

Donc, tantôt les ganglions se prennent très-rapidement sans qu'on ait fait une opération, tantôt ils se prennent quelques semaines ou quelques mois après l'opération, tantôt ils attendent de longues années, que l'opération ait été ou non pratiquée. L'infection gan-

glionnaire ne dépend donc pas tant des troubles locaux que de la cause générale. Mais cette cause générale, pourquoi donc a-t-elle le privilége de s'exaspérer si facilement par l'action du bistouri, tandis que des caustiques, des modificateurs locaux sont mieux supportés, c'est ce que la statistique démontre, mais n'explique pas. Ne voit-on pas, du reste, l'érysipèle se montrer plutôt à la suite des opérations faites avec le bistouri qu'avec les caustiques?

En résumé, nous pensons que les phénomènes de multiplication sont dominés par un état général que nous rattachons, par analogie, à une mauvaise nutrition; que cette mauvaise nutrition, ayant ses vicissitudes, entraîne des changements parallèles dans la tumeur, que l'infection commence quand la nutrition générale est assez fortement troublée, que l'opération, en dehors des risques ordinaires qu'elle fait courir au malade, ne peut avoir d'influence que sur les ganglions, mais pas au-delà, de la même manière qu'une écorchure provoque une adénite, que le bistouri irrite plus les ganglions que les caustiques, mais à la faveur d'une cause générale; qu'enfin, dans les cas où la tumeur est exempte des inconvénients indiqués plus haut, l'intervention est inutile. Les raisons invoquées par M. Panas sont donc distinctes des nôtres, en ce que ce chirurgien compare la tumeur primitive à un exutoire salutaire, qu'il faut respecter, tandis que nous, sans repousser absolument cette manière de voir, nous disons qu'il faut conserver la tumeur primitive, parce que son ablation n'empêche ni la récidive, ni la généralisation.

Nous noterons, avant de finir ce chapitre, que les ganglions sont souvent pris, alors qu'on les croit encore

sains, et ce fait a été signalé bien des fois, quand on a pu les examiner peu de jours après une opération.

Nous croyons, dans la discussion précédente, avoir répondu aux deux premières questions que nous avons posées, à savoir : faut-il opérer, et quand faut-il opérer? La troisième, comment faut-il opérer? sera mieux examinée dans l'étude des agents thérapeutiques.

TRAITEMENT.

Bien des médicaments ont été employés contre le cancer, et ils ont été surtout nombreux entre les mains de ceux qui croyaient à une maladie générale. On a donc cherché de nombreux spécifiques qui ont été tour à tour préconisés et oubliés. On a regardé souvent comme cancéreuses des tumeurs qui ne l'étaient à aucun degré, et l'on pourrait facilement faire rentrer dans cette catégorie celles qu'on a prétendu guérir par tel ou tel agent. Mais les matériaux nous manquent pour une semblable discussion. J'ai cité des cas bien observés où les tumeurs ont disparu par résorption de leurs éléments; il n'est pas rare d'en rencontrer d'autres qui sont restées stationnaires si longtemps, qu'on a pu regarder la cause qui les avait fait naître comme n'existant plus. Le malade est donc aussi bien guéri que le tuberculeux, qui a obtenu la cicatrisation de ses cavernes. Les effets de la maladie ont subsisté, mais la maladie ne subsiste plus.

D'autres fois, la tumeur enlevée, l'économie est restée débarrassée, et l'on a dit que la guérison était survenue.

Enfin, une tumeur ulcérée ayant été modifiée par les caustiques, la guérison a été obtenue en totalité ou en partie. Tels sont les cas les plus heureux; ils sont malheureusement de beaucoup les plus rares. Quand la tumeur s'est résorbée, ou bien quand elle est restée stationnaire, on doit certainement attribuer ces bons résultats à l'organisme d'abord, et ensuite à la thérapeutique ou à l'hygiène. Quand la tumeur a été enlevée et qu'on n'a fait aucune thérapeutique, il est certain que la guérison est survenue spontanément, car on ne peut attribuer à l'instrument tranchant une action quelconque sur l'état général; j'en dirai autant des pâtes escharotiques avec lesquelles on détruit les tumeurs. Telles sont les circonstances dans lesquelles se produit la guérison spontanée ou facilitée du cancer. Il faut donc distinguer la curabilité absolue de la curabilité relative: la première, il ne faut l'attendre d'aucun médicament spécial; la seconde doit nous occuper tout particulièrement. Le médecin, malgré les insuccès fréquents, ne doit pas rester dans l'expectation, et bien des fois il a pu prolonger la vie des malades, en intervenant d'une façon sage et mesurée.

TRAITEMENT MEDICAL.

Dans un travail trop peu connu, et qui, à côté de certaines exagérations, contient des remarques pleines de justesse, M. Carpentier-Méricourt (1) fait une longue énumération des médicaments qui ont été administrés contre le cancer. Les uns sont éminemment actifs, les

(1) Traité des maladies du sein, 1845.

autres n'ont pas d'action spéciale reconnue jusqu'à présent; beaucoup s'adressent surtout à l'élément douleur, et ne peuvent agir sur l'affection que d'une manière indirecte.

Richter recommandait l'emploi à l'intérieur de l'infusion de feuilles sèches de belladone; Vesale préférait les feuilles de Morelle; Rivière, celles de jusquiame et de pavot; Brun administrait l'acide cyanhydrique; Storck, prescrivait la poudre de pensée sauvage; Crawford, le muriate de baryte; Vogel, le sedum acre; Mayer, Hufeland, le suc de digitale. A différentes reprises, on s'est servi de préparations minérales, de sels de plomb, d'antimoine, d'arsenic et aussi d'iode. Le plomb et l'antimoine, médicaments altérants, doivent être proscrits de la thérapeutique du cancer. L'arsenic est indiqué dans les cas où les malades voient leur appétit diminuer. On sait, en effet, qu'on a signalé un accroissement d'appétit chez les toxicophages. L'arsenic, modérant la combustion respiratoire, favorise l'augmentation de l'embonpoint. D'autre part, ce médicament ayant aussi des propriétés fébrifuges, on conçoit encore que son emploi serait justifié dans les dernières phases de l'affection. Ce n'est que par l'intermédiaire d'une action générale sur la vitalité des éléments organiques, que l'arsenic peut agir sur une tumeur locale; il ne faut donc pas croire à une valeur spécifique quelconque. D'ailleurs, ce métalloïde donne quelquefois dans la tuberculose des résultats surprenants, mais il faut bien remarquer qu'il n'agit pas directement sur les tubercules, il détermine seulement un meilleur état général. Ce médicament doit donc être conservé. Plus loin, nous verrons son action lorqu'il est appliqué à l'extérieur.

L'iode, employé surtout sous la forme d'iodure de potassium, a été tour à tour mis en honneur, ou bien totalement négligé. Nous ne devons pas non plus lui accorder une valeur spécifique quelconque, car s'il est vrai que certaines tumeurs ont disparu sous son influence, ce n'étaient pas des cancers mais bien plutôt des manifestations plastiques de la syphilis. On sait, en effet, que ce médicament, en favorisant le mouvement général de dénutrition, amène la résorption de certains éléments anatomiques morbides, et même aussi l'atrophie de certains organes. A petites doses, l'iodure de potassium active la nutrition générale ; à doses élevées, il est plutôt nuisible qu'utile.

La ciguë, prise à l'intérieur, a été vantée par Hunter, Cullen et Storck ; des médecins ont même songé à faire boire aux malades le lait de chèvres nourries avec de la ciguë. Alibert, qui étudia avec soin les propriétés de la plante, lui refusa toute qualité anti-cancéreuse. Nous partageons certainement l'opinion d'Alibert, mais nous ferons des réserves relatives aux propriétés calmantes de la ciguë, qui peuvent être efficaces contre l'élément douleur.

Les alcalins, les sels de soude, de potasse et d'ammoniaque ont été aussi employés, alors surtout qu'on attribuait le cancer à une âcreté du sang. Des eaux minérales alcalines sont quelquefois utiles pour modifier les fonctions digestives. Nous épuiserons la série des médicaments internes, si nous disons qu'on a eu recours au bichromate de potasse, au chlore, à l'osmium, au soufre, au fer, au manganèse, aux prussiates de potasse, à l'or (Duparcque, de Montpellier). Les résultats obtenus ont été nuls.

L'huile de foie de morue a été recommandée par Dieffenbach pour prévenir les récidives. Ce médicament ne doit s'adresser évidemment qu'à l'état général, il en est de même du quinquina. Nous ne dirons rien des préparations de cuivre, de lézard vert, pronées par quelques charlatans.

Ajoutons, pour finir, que Samuel Cooper était partisan de la diète lactée, W. Lambe de l'eau distillée, et que Pouteau n'hésitait pas à conseiller la diète aqueuse. Le malade devait boire 5 à 6 pintes d'eau dans les vingt-quatre heures, et ne commencer à prendre des jaunes d'œufs qu'après quarante ou cinquante jours. On voit que des hommes sérieux n'ont pas craint de recourir à une médication inexplicable dont on pourrait rapprocher seulement la méthode antiphlogistique de ceux qui ne voyaient partout que de l'inflammation.

En présence de tant d'efforts tentés en vue de guérir les affections cancéreuses on ne s'explique pas le reproche adressé aux médecins par M. Tanchou qui dit : « Si au lieu de l'anatomie et du bistouri les hommes de l'enseignement eussent encouragé les efforts thérapeutiques, en eussent fait eux-mêmes, il n'y a pas de doute que le traitement des maladies cancéreuses serait plus avancé; il n'y a pas de sujet si obscur qu'il soit qui ne s'éclaire sous un foyer de lumière intense et persévérant. » (1) Ce médecin obéissait sans aucun doute à d'honorables préoccupations, mais je ne peux admettre le reproche fait à ceux qui sans jamais obtenir aucun résultat probant, ont mis tour à tour à contribution tous les agents de la matière médicale et

(1) Rech. sur le trait. méd. des cancers du sein, 1844.

même extra-médicale. M. Boinet (1) n'hésite pas non plus à avancer que si on s'appuie sur l'anatomie pathologique on tue la thérapeutique. Nous pensons que le médecin doit chercher, dans toutes les branches des sciences médicales, les moyens de guérir pour les soumettre ensuite au contrôle de la clinique. D'ailleurs si l'on peut démontrer en s'appuyant sur l'anatomie pathologique et la clinique qu'il faut intervenir le moins possible dans le cancer, je crois qu'on a déjà fait une grande découverte.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Nous ne reviendrons pas sur les indications opératoires, nous croyons qu'il ne faut opérer qu'en désespoir de cause. Quelle que soit l'idée que l'on se fasse du cancer et de la tumeur cancéreuse, que l'on admette avec M. Panas les fonctions d'exutoire propres à la tumeur primitive ou que l'on pense avec M. Bouchardat et avec nous à des troubles de nutrition attribués à la misère physiologique, il y a un fait qui domine toute interprétation, c'est qu'il ressort d'une statistique faite par Blandin (il en existe encore d'autres) que la vie s'est prolongée plus longtemps quand il n'y a pas eu opération que lorsqu'on l'a pratiquée. D'après ce chirurgien cité par M. Broca, sur 1192 maladesn on opérés, 18 ont vécu plus de 18 ans après l'apparition de la maladie ; sur 801 malades opérés 4 seulement ont vécu le même temps. L'avantage n'est donc pas pour les opérations. Ce n'est pas que nous admettions avec une

(1) De la curabilité du cancer, Gaz. hebd., 1858.

confiance aveugle les résultats de la statistique. M. Verneuil a eu raison d'indiquer dans le dernier numéro des *Archives générales de Médecine* (juillet 1873) les reformes à introduire dans la statistique qui, à côté de quelques vérités, a donné beaucoup de résultats erronés. D'autre part, ainsi que le fait remarquer M. Broca, les chirurgiens n'ont jamais eu le moindre intérêt à exagérer leurs revers et c'est pourquoi la statistique de Blandin a une réelle valeur.

Les auteurs du *Compendium* étudient dans le traitement chirurgical trois points principaux : 1° la résolution de la tumeur ; 2° la destruction sur place de la tumeur ; 3° l'ablation de la tumeur seule ou avec l'organe qui en est affecté. Nous adoptons cette division, mais nous en ajouterons une quatrième qui comprendra le traitement local de la tumeur qu'on ne peut ou qu'on ne veut pas faire disparaître.

Résolution de la tumeur. Ce mode de traitement n'est plus aujourd'hui sérieusement employé et aucun chirurgien ne croit à l'action des topiques qu'on est quelquefois obligé de prescrire. Je ne m'arrêterai donc pas à citer les différents résolutifs qui n'ont de constant que leur impuissance. La compression, basée sur une observation exacte, à savoir qu'un organe longtemps comprimé finit par s'atrophier et disparaître, n'a pas eu les résultats qu'on était en droit d'en attendre. Elle a pu amener un retard dans le développement de la tumeur, elle a pu aussi exercer une heureuse influence sur des ulcères fongueux, mais la résorption entière n'a pas été constatée pour les tumeurs cancéreuses. L'état général on le comprend bien, est resté le même après qu'avant la compression. Desault, d'après Follin,

l'essaya le premier ; vint ensuite S. Young, mais Ch. Bell la combattit et il est à croire qu'on n'en parlerait plus aujourd'hui si Récamier, en 1825, n'avait entrepris sa réhabilitation. On a de grandes raisons pour contester les succès que Récamier attribua à la compression dans la thérapeutique du cancer ; pourtant M. Maisonneuve dit avoir été témoin de la résorption d'une tumeur cancéreuse longtemps comprimée. Quoiqu'il en soit, ce traitement n'est plus adopté contre les tumeurs malignes.

A la suite d'une observation d'Easton de Dublin relatant la guérison d'une malade atteinte d'un squirrhe du sein après avoir été renversée par la foudre, on chercha à appliquer les courants galvaniques sur les tumeurs cancéreuses pour en obtenir la résorption. On n'obtint que des insuccès.

La *congélation* proposée par J. Arnott et dont Velpeau semblait attendre quelques avantages, ne parvint jamais à amener la résorption des tumeurs, elle procura une légère diminution de volume, mais surtout un grand soulagement dans les douleurs. On pratiquait la congélation à l'aide d'un mélange réfrigérant composé de glace et de sel marin.

En dehors de ces moyens qui s'adressaient directement à la tumeur on en employa d'autres qui ne devaient agir qu'à distance et d'une manière indirecte.

La ligature des artères fut essayée par Colas, Maunoir et M. Maisonneuve ; Jobert (de Lamballe) ajouta la section des nerfs mais on n'obtint aucun résultat et M. Maisonneuve dit même que ces opérations étaient plus nuisibles qu'utiles.

Destruction sur place. La ligature n'est applicable qu'à un très-petit nombre de cas, parce que les tumeurs ne sont pas souvent faciles à pédiculiser et que les organes où siégent les tumeurs ne se prêtent pas en grand nombre à ce moyen thérapeutique. On ne peut guère l'utiliser que pour les tumeurs de la vulve, de la langue, du rectum.

Sénébier expérimenta l'action du suc gastrique sur les tumeurs et ne fut pas heureux ; il en fut de même de Rigal de Gaillac qui, à l'imitation de Dussossoy, chercha à inoculer la gangrène à l'aide de plumasseaux de charpie imbibés de sanie gangréneuse.

La chaleur solaire concentrée à l'aide d'une lentille fut aussi infructueusement essayée. Le fer rouge a été utilisé de toute antiquité, mais son action ne s'étend que très-peu profondément et il ne peut suffire à mortifier assez tôt des tumeurs volumineuses. On ne devra s'en servir que pour modifier la surface d'un ulcère ou arrêter une hémorrhagie.

Dernièrement M. Mascarel a proposé d'injecter dans l'intérieur des tumeurs un mélange à parties égales d'acide phénique et de perchlorure de fer. L'expérience n'a pas encore prononcé. Les caustiques réellement puissants que l'on a employés et que l'on emploie encore pour mortifier une tumeur peuvent être divisés, en caustiques liquides et caustiques solides. Parmi les premiers se trouvent les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique. Velpeau mélangeait l'acide sulfurique au safran et formait le caustique sulfo-safrané doué d'une action très-énergique ; d'autres chirurgiens ont donné à l'acide sulfurique des supports différents, c'est ainsi que M. Maisonneuve le mélange à l'amiante afin

de laisser à l'acide toute sa puissance, il fait de même pour l'acide azotique, Rivaillée formait son acide azotique solide en le faisant réagir sur de la charpie.

Ces acides ont une puissance escharotique très-intense; M. Maisonneuve les recommande tous les deux. L'acide sulfurique fumant produit une eschare grisâtre, profonde et circonscrite; l'acide nitrique monohydraté donne une eschare fauve, friable et circonscrite. Il n'emploie l'acide chlorhydrique que pour les petites tumeurs et dans des cas exceptionnels.

A côté de ces caustiques acides, il faut citer le nitrate acide de mercure, le trichlorure de mercure en solution (Tuston de Middlessex), le chlorure d'antimoine. L'action de ces dernières substances est plus faible que celle des acides, et elles ne sont indiquées que pour des tumeurs très-petites; la même remarque s'applique à l'alun. Le chlorure de zinc en solution produit une mortification très-profonde, et plusieurs applications peuvent amener la destruction d'une tumeur volumineuse; pourtant, aujourd'hui, on se sert surtout d'une pâte formée de farine et de chlorure de zinc, qui est plus facile à manier.

Certains auteurs ont préféré les caustiques liquides, pensant atteindre mieux, jusque dans les vaisseaux lymphatiques, tous les éléments morbides.

La poudre arsénicale dont frère Come acheta la recette à un charlatan, pour en doter généreusement la science, est ainsi composée : ac. arsénieux, 1; poudre de cuir brûlé, 1; sang-dragon, 2; cinabre, 4. Avec un peu d'eau tiède on faisait avec cette poudre une pâte molle qu'on appliquait sur la partie malade; on la recouvrait d'amadou ou de toile d'araignée. Il se produi-

sait une eschare profonde, circonscrite, dans laquelle les tissus conservaient leur texture et leur consistance. Quelques chirurgiens ont même admis que cette pâte possédait une action élective sur le cancer et qu'elle poursuivait les prolongements morbides, à travers les tissus sains. M. Maisonneuve dit que tout n'est pas faux dans cette appréciation, parce que les productions cancéreuses, moins vivantes que les tissus normaux, se mortifient plus facilement. A. Dubois et Dupuytren modifièrent un peu la formule de frère Come. Cette préparation arsénicale n'est plus employée que rarement aujourd'hui, à cause des accidents toxiques qui ont quelquefois suivi son application, aussi recommande-t-on de ne jamais recouvrir à la fois une grande surface de tissus à détruire. Hellmund a aussi préconisé un onguent arsénical, dont M. Chelius dit avoir obtenu de bons résultats. L'acide arsénieux forme encore la base de la poudre de Fuschius, mais ces préparations sont maintenant abandonnées; j'en dirai autant des caustiques alcalins, potasse et ammoniaque, qui ne sont plus en usage. La poudre de Vienne s'emploie en poudre, en cylindres solidifiés, ou bien encore sous forme d'une pâte qu'on obtient en l'humectant avec un peu d'alcool. L'action de ce caustique est rapide, l'eschare est un peu plus étendue que le topique, elle est noire, molle, se dessèche plus tard, devient dure et tombe tardivement. La pâte de Vienne est fréquemment utilisée.

La pâte au chlorure de zinc, qu'on appelle pâte de Canquoin, diffère de la précédente en ce qu'elle ne peut agir sur la peau pourvue de son épiderme. L'application n'est pas très-douloureuse et c'est à elle que l'on doit recourir dans bon nombre de cas. Suivant l'action

que l'on veut obtenir, on met une, deux ou trois parties de farine pour une partie de chlorure de zinc. Certains chirurgiens ont uni le chlorure d'antimoine au chlorure de zinc. On fait avec cette pâte des lames de 1 à 5 millim. d'épaisseur, et on en recouvre la tumeur ulcérée que l'on veut détruire. Si la tumeur n'est pas ulcérée, on enlève l'épiderme avec un vésicatoire, de la pâte de Vienne ou de l'ammoniaque et on opère comme précédemment. On enfonce aussi parfois dans la tumeur des morceaux de la pâte caustique pour hâter la mortification. La réaction est peu considérable, le caustique ne fuse pas et n'amène pas d'hémorrhagie; il doit donc avoir la préférence.

Ablation de la tumeur. — Beaucoup de chirurgiens se servent volontiers du bistouri parce qu'on peut diriger à volonté l'instrument et que l'opération gagne beaucoup en rapidité. Certains auteurs en repoussent l'emploi, à l'égard des tumeurs ulcérées et le conseillent vis-à-vis des tumeurs bien isolées. Il est indispensable de s'en servir quand on veut tenter la réunion par première intention ? Des auteurs ont pensé que la suppuration devait être recherchée, parce que le pus pouvait entraîner les éléments morbides qui étaient restés dans la plaie. Nous croyons, nous, qu'il faut avant tout, éviter d'affaiblir l'économie. Dans les opérations pratiquées sur la face, on se sert, autant que possible, du bistouri, à cause des opérations autoplastiques qui succèdent à l'ablation, et qui ont pour but de remédier à des difformités toujours fâcheuses; malheureusement l'usage du bistouri provoque facilement l'apparition de l'érysipèle, et c'est pourquoi quand la région et les circonstances le

permettent, il vaut mieux recourir à la pâte de Canquoin.

Girouard fait autour de la tumeur à enlever une cautérisation linéaire avec de la pâte de Vienne, il fend l'eschare et place ensuite dans le sillon produit par l'écartement des deux lèvres de la pâte de Canquoin. Il arrive ainsi jusque sous la tumeur qui tombe et sur la surface déjà cautérisée, il fait encore une application de pâte au chlorure de zinc. Ce procédé, excellent sans doute, a cédé la place aux flèches de M. Maisonneuve. Si on conteste à ce chirurgien la découverte de sa méthode (Follin), il faut bien convenir que c'est grâce à lui qu'elle a pris une si grande extension. Voici comment M. Maisonneuve s'exprimait en 1858 dans une communication à l'Académie des sciences, relative à son procédé : « Aussi malgré le dédain qu'ont encore pour lui un grand nombre d'opérateurs, sommes-nous persuadé que le temps n'est pas loin où il occupera dans la chirurgie une place considérable. » Ces prédictions ont été réalisées, et M. Gosselin recommande aujourd'hui l'usage des fléches de M. Maisonneuve. Je m'abstiendrai de décrire le manuel opératoire de l'application des flèches, je dirai seulement qu'enfoncées dans les tissus, elles les mortifient dans une étendue d'un demi-centimètre à un centimètre, suivant leur volume, qu'introduites sous la tumeur, elles la séparent rapidement des tissus sous-jacents et laissent ensuite une plaie de bel aspect. Pour aider au travail de mortification, on enfonce quelquefois dans la tumeur même un certain nombre de flèches de formes variées.

Quand la tumeur ne peut être enlevée de dedans en dehors, on peut la détruire de dehors en dedans, en

faisant une ou plusieurs applications de pâte de Canquoin sur la surface ulcérée. Quand même la tumeur ne serait pas détruite en totalité, elle prend toujours un meilleur aspect et l'ichor est moins fétide. Nous n'insisterons pas davantage sur l'ablation des tumeurs, nous dirons toutefois qu'on s'est servi avec succès, pour certaines opérations, du serre-nœud ou bien de l'écraseur linéaire. M. Ollier applique quelquefois de la pâte de Canquoin sur la plaie qui résulte de l'écrasement linéaire.

Traitement local et symptomatique. — Le traitement local proprement dit, est souvent négligé par bien des chirurgiens ; pourtant il est incontestable que la vie se prolonge quelquefois longtemps après l'ulcération d'un cancer. En premier lieu il faut éviter autant que possible le ramollissement du cancer, en combattant les congestions locales par de légères émissions sanguines, en amoindrissant la douleur qui est elle-même une cause de congestion, en interdisant au malade des palpations trop fréquentes, enfin en tonifiant l'individu autant que possible.

Quand le cancer est ulcéré et qu'il donne lieu à un suintement fétide, il faut tout d'abord recommander une grande propreté et faire ensuite usage de tous les désinfectants, chlorures, créosote, acide phénique etc. Si ces moyens sont insuffisants on devra avoir recours aux caustiques, à la pâte de Canquoin, au fer rouge ; on détruira ainsi toutes les fongosités saignantes, l'ichor sera moins fétide, et le malade exposé à moins de causes d'épuisement, reprendra plus ou moins de vigueur.

Traitement prophylactique. — Le traitement prophylactique n'est pas actuellement bien déterminé, comment songerait-on à s'y soumettre, puisque d'après M. Lebert, l'hérédité n'explique le cancer que dans le septième cas. Les femmes au moment de la ménopause, les hommes qui dans leur jeunesse ont eu des éruptions cutanées, dans l'âge adulte des hémorrhoïdes, des dartres chroniques, des manifestations quelconques de l'arthritisme, ceux enfin, qui peuvent se croire sous le coup d'une prédisposition héréditaire devront toujours se soumettre aux règles de l'hygiène. Les fonctions digestives devront toujours être soigneusement surveillées. Récamier insistait avec raison sur l'efficacité des moyens phophylactiques, M. Bouchardat disait dans sa leçon du 27 mai 1873, qu'il était né d'un père et d'une mère morts, l'un et l'autre d'affections cancéreuses, à un âge moins avancé que le sien actuel. Nous allons reproduire les pensées de ce professeur qui joint si bien l'exemple aux préceptes.

« La peau joue un rôle immense dans la production des diathèses, scrofuleuse, tuberculeuse et cancéreuse. Elle est destinée à être l'organe éliminateur par excellence des éléments épidermoïdaux ; ces éléments n'étant pas éliminés chez l'enfant à cause de la misère physiologique produite par une mauvaise hygiène etune alimentation insuffisante, se tournent vers les ganglions et sont ainsi une cause de scrofule. Chez l'adulte les mêmes éléments se tournent vers les organes qui fonctionnent le plus, les poumons et l'on a la tuberculose; chez le vieillard les éléments épidermoïdaux altèrent les organes qui ont fonctionné le plus, à savoir : l'estomac, le foie et y produisent le cancer.

On voit donc qu'en dehors de la prédisposition morbide, créée par l'accumulation des produits épidermoïdaux, il y a détermination vers les organes qui ont travaillé ou qui travaillent le plus.

Pour ce qui est de l'hérédité, on n'hérite pas seulement des caractères physiques de ses parents, on hérite souvent aussi d'habitudes de malpropreté et de mauvaise hygiène. De même que l'éducation différente du fils, lui donne des idées différentes de celles du père, de même l'alimentation et l'hygiène différentes du fils, doivent le conduire à une santé différente de celle du père.

M. Bouchardat recommande de ne pas abuser des aliments azotés, puisque les éléments épidermoïdaux contiennent de l'azote et qu'il tient d'un médecin des trappistes, que ces religieux qui ne vivent que de légumes ne sont presque jamais affectés de cancer. »

OBSERVATION I.

Cancer du sein récidivé. — Erysipèle. — Mort.

La dame B... (Catherine), âgée de 75 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 15 mai 1873, salle Sainte-Jeanne, 16, service de M. Tillaux. Cette dame, malgré son âge, jouit encore d'une très-bonne santé; elle a toujours été bien portante. Elle cessa d'avoir ses règles à l'âge de 48 ans, et deux ans plus tard, elle s'aperçut de la présence dans le sein gauche d'une tumeur du volume d'une noisette; elle la conserva pendant une dizaine d'années; mais, commençant à en souffrir, elle se rendit à la Charité en 1866, fut opérée par M. Tillaux et sortit un mois après de l'hôpital à peu près guérie. Pendant l'hiver de 1872, la malade remarqua dans le même sein la présence d'une seconde tumeur qui, peu volumineuse d'abord, prit très-vite un très-grand développement.

Examinée le 18 mai, la dame B... présente les attributs d'une bonne santé; elle n'accuse aucune douleur, si ce n'est de temps en temps des petits élancements qu'elle compare à des piqûres d'épingle. Elle n'in-

siste pas pour se faire opérer. La tumeur est située au-dessus du mamelon suivant une ligne allant du mamelon au creux axillaire, sur la partie moyenne de la mamelle, à l'extrémité inférieure de l'ancienne cicatrice. Elle offre le volume d'un œuf de poule et une surface à peu près régulière; elle est adhérente de toutes parts au tissu glandulaire, la peau glisse imparfaitement sur la tumeur. Lorsqu'on exerce une pression un peu considérable, on provoque de la douleur qui disparaît vite. L'appétit est bon. Pas de ganglions axillaires.

M. Tillaux, considérant l'excellent état général de la malade, le développement rapide de la tumeur, l'intégrité maintenue jusqu'à ce jour des ganglions axillaires, la nature évidemment maligne de la tumeur, puisqu'il y a récidive au niveau de la cicatrice, propose l'ablation qui sera pratiquée prochainement.

21 mai. Ablation de la tumeur et des tissus voisins par une double incision curviligne. (Tumeur squirrheuse nettement séparée du tissu voisin.) Soir : — Pot avec 4 grammes de chloral.

22. Pas de fièvre, appétit. — Bouillons, potages.

2 juin. Plaie très-belle commençant à se combler ; on en rapproche les bords avec des bandelettes de diachylon.

9. La plaie a considérablement diminué de largeur et de profondeur.

18. Malaise, envies de vomir, pas d'appétit. Rougeur érysipélateuse s'étendant autour de la plaie sur une largeur de 2 à 3 centimètres en moyenne. — Cataplasmes. Soir, 38,2.

19. L'érysipèle a envahi tout le sein gauche. Même état général que la veille. Soir, 39,4. Léger subdélirium.

20. Un peu d'affaiblissement. L'érysipèle recouvre tout le sein gauche et aussi la plus grande partie de la région présternale, la langue se sèche; le subdélirium continue. Soir, 38,4.

21. Le subdélirium est moindre, la langue plus humide. Il est apparu des phlyctènes et du sphacèle sur le sein au point déclive sur une étendue de quelques centimètres. — Poudre de quinquina, d'amidon, cataplasmes.) Pas d'appétit, soif peu vive. Temp., soir, 36,7.

22. Même état.

23. La malade s'est plaint toute la nuit, refuse toute espèce d'aliments, boit un peu de limonade vineuse; langue un peu humide. Coloration noirâtre des points où existaient les phlyctènes. Rougeur allant jusque sur le tiers interne du sein droit, douleurs vives dans les membres inférieurs quand on leur imprime des mouvements. Plus de subdélirium.

24. Le sein gauche présente, sur une grande étendue, à la partie inférieure et externe, une coloration café au lait bien marquée. Au-

dessus, coloration bleuâtre de sphacèle. La malade boit peu et ne mange absolument rien. Subdélirum. Temp., soir, 37.

25. Délirium complet et continuel. Forces anéanties. Soir, temp. 37,2. Resp. 40, pouls 90. Légère cyanose. Mort à deux heures du matin.

Il faut remarquer dans cette observation que l'ablation a été faite à l'aide du bistouri, que la plaie était déjà à moitié guérie quand est survenu un érysipèle promptement mortel. L'examen des températures fait voir aussi que l'organisme n'a que fort peu réagi.

OBSERVATION II.

Kysto-adéno-sarcome du sein droit. — Tumeur énorme du poids de 12 livres 1/2. — Erysipèle. — Guérison.

La dame F... (Louise), âgée de 57 ans, entre le 29 mai 1873 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, nº 23, service de M. Tillaux. Cette dame, qui arrive de Normandie, jouit d'une excellente santé; elle n'a jamais été malade. Son père est mort à 84 ans, sa mère à 58 ans; une sœur est morte phthisique. Elle s'est aperçue, il y a deux ans et quelques mois, de la présence d'un *nœud* dans le sein, pour lequel un médecin prescrivit des applications de ciguë. A la fin de la première année, la tumeur avait le volume d'un œuf de dinde. M. le Dr Leprêtre, de Caen, conseilla une opération qui ne fut pas pratiquée. A la fin de la seconde année, la tumeur était déjà grosse comme la tête d'un aduite, et un médecin consulté ne voulut pas faire d'opération, à cause du développement des veines sous-cutanées. La malade vient à Paris, prend les avis de M. Tillaux et de M. de Grandmont, qui conseillent tous deux une opération, et entre à l'hôpital.

La tumeur mesure 19 centimètres de diamètre vertical, et 24 centimètres de diamètre transversal; elle est très-proéminente, et sa circonférence d'environ 60 centimètres. Elle est apparue à la partie supérieure et un peu externe du sein droit; on sent du reste la mamelle à la partie inférieure et interne de la tumeur. Le mamelon est légèrement déprimé; par la palpation, on reconnaît les éléments constitutifs de la glande. La tumeur est bosselée principalement à la partie externe, là on y voit la peau amincie et parcourue par des petits vaisseaux bleuâtres très-nombreux. Il est certain que l'ulcération ne tarderait pas à se produire. De grosses veines en forme de sinus serpentent sur la tumeur. Elle est très-mobile et sans adhérences avec le grand pectoral; mais elle gêne la malade pas son poids et son volume considérable. Pas de ganglions axillaires.

Craignant, non sans raison, la largeur de la plaie qui résultera de l'opération, M. Tillaux se propose de prendre pour lambeau la mamelle que l'on retrouve au bas de la tumeur et qui est restée saine. Une incision courbe à concavité inférieure trace la limite supérieure du lambeau, une incision courbe à concavité inférieure également, réunit les deux extrémités de la première, et passe au niveau du pédicule de la tumeur. Les deux incisions étant faites, M. Tillaux arrive sur la tumeur, l'énuclée de haut en bas, de dedans en dehors et taille du même coup le lambeau de dedans en dehors. On avait comprimé la sous-clavière et préparé de nombreuses pinces pour arrêter l'écoulement sanguin qui heureusement ne s'est pas produit. L'opération faite brillamment a duré une minute et demie. La largeur du lambeau est de 25 centimètres, et son bord convexe correspond parfaitement à l'incision supérieure. On place un tube à drainage à la base du lambeau, et on réunit le lambeau à l'aide de sutures métalliques. La ligne de suture est d'une longueur de 50 centim. environ. La tumeur pesée immédiatement est du poids de 12 livres et demie; examinée au microscope, elle est reconnue comme étant un kysto-adéno-sarcome. L'anesthésie n'a présenté rien de particulier. L'hémorrhagie a été peu abondante. L'opération est pratiquée le 4 juin 1873. Soir, 39.

5. Temp., matin, 39,8; soir, 39,5. Peau peu chaude, langue chargée, mais humide, soif vive. Rachialgie, légers vomissements chloroformiques. La plaie n'est pas douloureuse. Injection d'eau alcoolisée par le tube à drainage. — Glace dans la bouche, bouillon, potage.

6. Temp., matin, 39,2; pouls 92; soir, 38,9. Peau moins chaude, meilleure physionomie. Bonne nuit. Rougeur diffuse de la peau. Injection d'eau alcoolisée comme la veille.

7. Temp., matin, 39; soir, 38,9. La peau du lambeau est rosée; rougeur érysipélateuse sur la partie antérieure de la poitrine dans une zone de 10 centimètres de largeur. Pas de frisson; moins de soif; grande tranquillité d'esprit; la malade se trouve mieux. — Même alimentation.

8. Temp. 38,8; soir, 38,5. La rougeur s'est étendue; elle dépasse en dedans la ligne médiane et recouvre tout le sein, sans remonter au-delà de la clavicule. Amidon sur les points rouges. — Même pansement.

9. Temp., matin, 38,8; soir, 38,9. L'érysipèle arrive jusque sur le milieu du sein gauche, mais sa couleur a pâli. La malade a bien dormi, et sa physionomie est excellente. Un point de la périphérie du lambeau correspondant à une ligne verticale abaissée de l'apophyse coracoïde présente une coloration bleu-noirâtre indiquant le sphacèle; M. Tillaux enlève plusieurs points de suture et fait des lavages dans tous les points

qui ne sont pas réunis. Poudre de quinquina sur les parties sphacélées. — Bouillon, potages.

10. Temp., matin, 38,8 ; soir, 38,2. La rougeur érysipélateuse est la même que la veille, la gangrène s'est étendue, mais elle porte seulement sur la peau. M. Tillaux enlève encore quelques points de suture et constate que le lambeau s'est réuni en grande partie par première intention. Par les ouvertures et le tube à drainage on fait des lavages à l'eau alcoolisée. Poudre de quinquina sur les parties sphacélées. Etat général bon. — Bouillon, potages.

11. Temp., matin, 37,9 ; soir, 39. Même état général et local, sauf qu'il apparaît un petit point de gangrène à 3 centimètres environ du bord supérieur du lambeau. Même pansement. L'érysipèle reste stationnaire.

12. Temp., matin, 37,5 ; soir, 37,8. Le point gangréné découvert la veille présente une largeur de 3 centimètres et demi sur une largeur de 2 centimètres. Ailleurs la plaie bourgeonne très-bien, et les portions sphacélées sont presque entièrement éliminées. Même pansement. La malade demande à manger un peu plus.

13. Temp., matin, 38 ; soir, 38,6. La málade a mal dormi et tousse un peu; l'érysipèle monte au-dessus de la clavicule droite et atteint l'aisselle du côté gauche; quelques îlots rouges restent dans les parties précémment envahies. Bonne suppuration, même pansement.

14. Temp., matin, 37,8; soir, 39. L'érysipèle a reparu dans les points qu'il avait quittés. On enlève les tissus mortifiés. Même pansement. Bon appétit.

15. Temp., matin, 37,2; soir, 38. Le sphacèle tend à descendre encore vers la partie inférieure de la mamelle et semble précédé par une infiltration purulente. On nettoye exactement la plaie.

16. Temp,. 37,8; soir, 39,5. Le sphacèle paraît arrêté, mais l'érysipèle franchissant l'aisselle gauche a envahi une partie du dos.

17. Temp., matin, 37,7 ; soir, 38,2. Même pansement; l'état général reste bon.

18-19. Rien de particulier.

20. Temp., matin, 37; soir, 36,2. Même pansement. Le sphacèle est définitivement arrêté. Plus d'érysipèle. Bon appétit. La malade se lève une heure.

24. La cicatrisation marche très-bien; mais M. Tillaux, craignant un retour de l'érysipèle, engage la malade à sortir de l'hôpital.

20 juillet. La guérison est complète.

Cette observation est remarquable en ce que le volume de la tumeur rendait l'opération impossible, si un lambeau ne venait au moins en

partie couvrir la perte de substance. M. Tillaux sut habilement trouver un lambeau inférieur qui lui permit de recouvrir toute la plaie. En de telles circonstances, il fallait absolument se servir du bistouri, et cet instrument n'a sans doute pas été étranger à l'apparition de l'érysipèle. Les points de gangrène s'expliquent par la présence de l'érysipèle et aussi par ce fait que le lambeau n'était nourri que par la partie inférieure. La santé de la malade fut toujours excellente et son état moral aussi.

Le succès qui couronna cette opération est certainement un des plus beaux que puisse rêver un chirurgien.

OBSERVATION III.

Cancroïde de la face. — Erysipèle. — Guérison.

M.... (Victoire) âgée de 68 ans, entre le 8 mars 1873, salle Sainte-Jeanne, 21, service de M. Tillaux. Cette dame a eu huit enfants, mais s'est toujours bien portée; son état général est assez bon. Au mois de janvier dernier se montra à égale distance de l'aile du nez et de la paupière inférieure du côté gauche, un petit bouton qui s'ulcéra en février. Quatre applications de pâte de Vienne n'empêchèrent pas les progrès de la maladie.

12 mars, on trouvait un ulcère d'une largeur de 2 à 3 centimètres; M. Tillaux l'enleva et combla avec un lambeau autoplastique la perte de substance.

16. survint un érysipèle qui envahit rapidement toute la face et le cuir chevelu. Les lambeaux restèrent soudés.

22 avril. La malade sortait guérie.

OBSERVATION IV.

Cancroïde de la lèvre inférieure. — Excision. — Récidive.

(Cette observation a été recueillie par M. Rey, notre collègue et ami; d'autres observations reproduites plus loin sont également dues à son obligeance; nous aurons soin de les désigner.

S.... (Honoré) âgé de 57 ans, entre le 11 mars 1872, à l'hôpital Necker, salle Saint Pierre, 14, service de M. Désormeaux. Il porte à la lèvre inférieure une tumeur noirâtre de la grosseur d'un œuf de pigeon et recouverte de croûtes; la tumeur est mollasse, plus développée à droite qu'à gauche et séparée des parties saines par une ligne irrégulière. Du côté gauche on sent un petit ganglion sous-maxillaire. Le ma-

lade fait remonter le début de son mal à sept ou huit ans, il a commencé par une petite grosseur du volume d'une tête d'épingle, qui a augmenté lentement et ne s'est ulcérée que depuis trois ou quatre ans. Le malade fume peu; il tient sa pipe du côté droit.

19 mars. M. Désormeaux enlève avec le bistouri toute la tumeur et en dépasse un peu les limites, il lie la coronaire et trois points de suture sont placés sur une même ligne verticale. La lèvre devenant trop étroite, on incise la commissure gauche et l'on fixe convenablement la lèvre supérieure. Eau fraîche.

28 mars. Deux fils qui étaient sur la ligne médiane ont coupé les tissus qui se sont écartés, la suture de la commissure n'a pas non plus réussi et on a un bec de lièvre inférieur. La plaie se cicatrise rapidement.

4 avril. Le malade montre une tumeur volumineuse en arrière de l'angle de la mâchoire, sous le sterno-cleïdo-mastoïdien et indépendante de la parotide. Au moment de l'opération on avait trouvé en cet endroit un petit ganglion; aujourd'hui on a une tumeur dure, rénittente, soulevant le sterno-mastoïdien et paraissant siéger dans les ganglions lymphatiques de la région. L'opération n'est certainement pas étrangère à cette tuméfaction. Cataplasmes.

6. La tumeur reste volumineuse. Pas d'inflammation.

7. La plaie de la lèvre est cicatrisée et l'encoche est peu sensible. La tumeur ganglionnaire est le siége d'élancements.

9. La tumeur devenue fluctuante est incisée; il en sort une grande quantité de pus. Cataplasmes.

19. La tumeur a disparu; le malade demande à sortir de l'hôpital; il a au niveau du menton un petit tubercule semblable à une verrue; ce tubercule ressemble à celui qui a été l'origine de la tumeur de la lèvre.

15 mai. Le malade rentre à l'hôpital. Le tubercule s'est ulcéré, il en a été de même de la cicatrice, or, le tout s'est entouré d'un bourrelet saillant et irrégulier plus considérable qu'avant l'opération. Il s'est aussi développé dans le voisinage d'autres tubercules qui se sont ulcérés et sont réunis à l'autre ulcère, de sorte que tout le menton est pris. La joue gauche est tuméfiée, ainsi que la partie correspondante du cou où il se forme plusieurs abcès qn'on ouvre successivement. Ils contiennent une sanie purulente.

2 août. Le cancroïde occupe tout le menton et toute la lèvre inférieure.

5 septembre. Des tubercules rougeâtres du volume d'un pois à celui d'une noisette se développent dans la peau du cou au-dessous des abcès.

Ils sont durs, rénittents, s'aplatissent et suppurent quand ils ont atteint la grosseur d'une noix. L'engorgement du cou fait beaucoup souffrir le malade.

4 octobre. Le menton n'est plus représenté que par une surface bourgeonnante, grisâtre, exhalant une odeur infecte. Le côté gauche du cou, toujours très-volumineux continue de suppurer. Les tubercules cutanés envahissent la partie moyenne du cou. L'état général se maintient.

11 novembre. Le malade est obligé de boire avec le biberon; la lèvre inférieure n'existe plus.

Décembre. Envahissement de la partie supérieure de la région sternale. L'état général reste le même. On voit dans cette observation une tumeur qui met sept à huit ans à se développer et qui n'est pas plus tôt enlevée qu'elle repullule sur place, dans le voisinage et envahit tous les tissus voisins avec une rapidité surprenante. Il serait difficile de trouver un cas plus probant au point de vue de l'inopportunité opératoire. Il est à croire qu'une application de pâte de Canquoin eut moins irrité les ganglions.

OBSERVATION V.

(Communiquée par M. Rey.)

Sarcomes mélaniques de la jambe droite. — Cautérisations répétées avec la pâte de Vienne et la pâte de Canquoin. — Mort.

La dame L... (Madeleine) âgée de 60 ans, entre le 12 février 1872 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, 11, service de M. Désormeaux. Cette femme, d'une bonne constitution et ayant un enfant bien portant, se plaint de deux tumeurs qui se trouvent à la partie antérieure et à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la jambe droite. Ces tumeurs superposées et séparées l'une de l'autre par un intervalle de 1 centimètre de peau saine, sont sessiles et ont le volume d'un œuf de poule. Elles sont dures, noirâtres, rénittentes et mobiles sur l'os sous-jacent. La tumeur inférieure offre deux saillies de la grosseur d'un pois qui bourgeonnent à sa partie externe; l'épiderme subsiste encore; la supérieure manque d'épiderme et l'ongle enlève facilement des morceaux de tissu morbide. Cercle inflammatoire à la base de la tumeur. Engorgement ganglionnaire.

La malade n'accuse qu'une sensation de chaleur; elle dit qu'au mois de janvier 1871 elle a reçu à l'endroit malade un éclat d'obus qui lui a enlevé un nœvus. Depuis, il s'est développé lentement une tumeur semblable à celles qui existent aujourd'hui. Un médecin ayant essayé inu-

tilement le caustique de Vienne a fait l'extirpation avec le bistour (juin 1871). Il n'a pas cautérisé la plaie. Quelques mois après, vers le mois d'octobre survinrent les deux tumeurs actuelles. A leur partie interne on constate trois petits trous qui résultent de la cautérisation de trois petites tumeurs du volume d'un pois, qu'elle a détruites elle-même avec le caustique de Vienne. Plus haut, sur la crète du tibia on trouve deux petites nodosités qui ne soulèvent pas encore le derme.

Pas d'antécédents héréditaires.

16 février, on enfonce dans chaque tumeur et à la base, quatre flèches de pâte de Canquoin; les piqures sont peu douloureuses; l'écoulement de sang est faible, mais la douleur produite par le caustique est très-vive et dure plusieurs heures.

Les tumeurs ne tardent pas à tomber.

4 mars. On cautérise de nouveau les bords de la plaie qui offrent encore des points noirâtres.

8. Nouvelle cautérisation de la plaie. Les nodosités voisines sont également cautérisées. — Engorgement douloureux des ganglions de l'aine.

11. Apparition autour des plaies de huit ou dix points noirâtres sous-cutanés et douloureux. Avec une épingle on peut enlever des parcelles de matière noire de consistance calcaire.

3 avril. Les plaies résultant des deux tumeurs principales sont réunies et recouvertes de fongosités rougeâtres. La peau voisine est noirâtre, bosselée et inégale. Dans l'aine, ganglion dur et volumineux.

9. Réapplication de la pâte de Vienne sur la tumeur et sur les parties noires périphériques. Les autres petits points noirâtres antérieurement cautérisés repoussent en partie. Bon état général.

26. Seconde cautérisation des fongosités grisâtres et des autres produits morbides.

28 mai. Encore une cautérisation.

10 juillet. Après chaque cautérisation, nouvelle poussée de petits points noirâtres, douloureux à côté des anciens; il s'en montre un à la partie externe du genou,

20. Trois pilules d'iodure d'arsenic par jour. Vomissements.

21. Erysipèle de la jambe, qui gagne plus tard la cuisse et la fesse.

2 août. L'érysipèle est guéri; petit abcès à la partie supérieure du pied. Petit point noirâtre à la partie moyenne et interne de la cuisse.

1er septembre. La malade se plaint depuis une quinzaine de jours d'une douleur de ceinture surtout vive au niveau du foie. Cet organe très-douloureux à la percussion n'est pas augmenté de volume. Quintes de toux tous les soirs, sans expectoration, matité et diminution du mur

mure vésiculaire à la base du poumon droit. Peu d'appétit. Etat général moins bon. On examine au microscope la petite tumeur de la cuisse, on trouve une quantité considérable de cellules pigmentaires ; mais pas d'alvéoles appréciables (sarcome mélanique). Le ganglions de l'aine sont extrêmement volumineux.

On regarde comme probable le développement dans le foie et les poumons de tumeurs mélaniques.

La jambe et le genou se recouvrent peu à peu de centaines de petits points noirâtres qui débutent par une petite tache analogue à celle de la piqûre de puce. La tumeur primitive reste ulcérée et volumineuse, fongueuse et saignante au moindre contact.

8. Envies de vomir, peau chaude. Glace à l'intérieur.

12. Les vomissements sont arrêtés.

13. Les vomissements reparaissent. La grosse tumeur est couverte d'une couche mince sphacélée qui tend à s'éliminer.

22. Dyspnée assez considérable. Impossibilité de se coucher sur le côté gauche; matité très-entendue à droite en arrière. Pas de râles ni de souffle. Toux séche; c'est probablement une tumeur qui se développe dans le poumon.

Le pied gauche enfle un peu. Vésicatoire sur la poitrine. Poudre de Dower, chiendent nitré.

La malade a des hallucinations légères.

24. Dyspnée interne. Décubitus latéral droit. Douleur vive avec empâtement dans le flanc droit; l'œdème, de la paroi abdominale empêche de voir s'il y a augmentation de volume du foie. Pouls fréquent. L'épiderme qui recouvre la plus grande partie des petites tumeurs de jambe commence à disparaître. Peu d'appétit.

25. Dyspnée moindre; pas d'appétit; flanc droit toujours douloureux et rénittent. Le soir, violent point de côté à gauche un peu en arrière et correspondant à peu près à la base du poumon. Rien à la percussion; quelques râles muqueux. Pouls petit et fréquent. Vésicatoire.

26. La grosse tumeur s'est sphacélée entièrement; le flanc droit est toujours dans le même état. Les hallucinations continuent. Accès de fièvre de 4 heures du soir à 4 heures du matin; 1 gr. 50 de sulfate de quinine que la malade vomit en partie.

28. L'accès fébrile de la veille a été retardé. Fièvre moins forte; dyspnée moindre ; quelques râles crépitants à la base du poumon gauche. Quelques crachats sanguinolents. Le flanc droit est moins tendu et moins douloureux. La malade mange un potage.

30. Les râles ont disparu à gauche; faiblesse de la respiration et matité à la base du poumon droit. Décubitus dorsal possible. Toux sèche.

3 octobre. Diarrhée combattue par des lavements au ratanhia; dyspnée.

5. Même situation. L'œdème du flanc continue à diminuer.

6. Ecchymose spontanée et étendue à la partie interne et inférieure dn bras gauche. Dyspnée. Pouls très-petit. Matité à la base du poumon droit. Rien à gauche. Ædème du bras droit dans les parties déclives.

10. Grande prostration le matin, douleurs erratiques, 32 respirations par minute.

12. La malade parle avec une grande difficulté et ne reconnaît pas les objets. Un peu de cyanose des extrémités.

15. La diarrhée persiste toujours. Douleur dans la région du foie.

17. Orthopnée.

22. La dyspnée est toujours aussi marquée. La malade s'incline un peu du côté droit. L'intelligence semble un peu revenue. Dans la journée la respiration devient de plus en plus difficile et la malade meurt à sept heures du soir.

Autopsie. — La jambe et genou u'ont pas changé d'aspect. Les ganglions de l'aine forment une masse noirâtre volumineuse; quand on les incise il s'écoule un liquide semblable à de l'encre de chine. Ils sont très-friables. Les ganglions lombaires sont intacts.

La plèvre droite renferme deux litres environ d'un liquide citrin. La plèvre pariétale et la plèvre diaphragmatique sont parsemées de petites tumeurs du volume d'une lentille qui siégent dans le tissu sous-séreux. On en retrouve aussi quelques-unes à la partie interne des muscles intercostaux.

Le poumon est refoulé contre la colonne vertébrale, il est libre d'adhérences, sauf au sommet; il ne crépite pas et présente dans son épaisseur une foule de petites tumeurs du volume d'une noisette.

Le poumon gauche offre les même lésions. Il n'y a pas d'épanchement pleural.

Le foie, augmenté de volume, descend jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure; c'est lui qui donnait la rénittence observée dans le flanc droit. Le viscère est farci de petites tumeurs mélaniques plus ou moins volumineuses. Petit noyau mélanique sur le péricarde viscéral.

La rate, les reins, les capsules surénales, les ovaires, les mamelles, le pancréas, ne sont pas altérés.

Le cerveau est sain; liquide opalin dans les mailles de la pie-mère. L'ecchymose du bras gauche était superficielle et en voie de résolution.

La généralisation de l'affection d'abord localisée offre ceci de particulier qu'au fur et à mesure qu'on voulait détruire une tumeur, il en

survenait tout de suite de nouvelles dans le voisinage. La détermination morbide semblait donc aidée par l'interventiou du chirurgien qui appliquait des caustiques. Les ganglions lombaires avaient aussi résisté à la dégénérescence alors que les ganglions inguinaux étaient pris. Si l'on admet que l'infection générale est causée par le transport à distance des éléments morbides, il est certain qu'il faut trouver une autre voie que celle des lymphatiques.

OBSERVATION VI.

Adéno-fibrome du sein droit. — Guérison.

La dame M... (Louise), âgée de 41 ans, entre le 1er mai 1873 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, 27, service de M. Tillaux. Cette femme, d'une forte constitution, est issue d'une famille composée de 12 enfants dont 8 sont morts en bas-âge. Son père est mort à 75 ans, et sa mère à 78, à la suite d'une maladie accompagnée de métrorrhagies. Peut-être y a-t-il eu cancer de l'utérus, comme le pense M. Tillaux. Un frère de la malade a eu 11 enfants, sur lesquels 8 sont morts. M. Tillaux explique cette mortalité extrême par l'existence d'une diathèse révélée par les métrorrhagies de la mère.

La tumeur est apparue il y a cinq ans dans le sein droit et a donné lieu à des petits élancements qui obligent la malade à se soutenir le sein. La tumeur est de consistance dure, douloureuse à la pression, et siége à la partie interne et supérieure du sein à égale distance du mamelon et de la périphérie de la glande. Elle est mobile et du volume d'un œuf de poule. Pas de ganglions axillaires.

M. Tillaux croit trouver dans les antécédents, l'âge de la malade, le développement un peu rapide de la tumeur, des raisons suffisantes pour diagnostiquer une tumeur maligne ; ce serait un sarcome.

7 mai. Ablation faite avec le bistouri. L'examen de la tumeur révèle un adémo-fibrome.

5 juin. La malade sort guérie.

OBSERVATION VII (communiquée par M. Rey).

Tumeur cancéreuse du sein gauche ulcérée. — Récidive au bout de sept mois.

La dame L... (Catherine), âgée de 60 ans, entre le 10 janvier 1872 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, 1, service de M. Desormeaux. La tumeur, du volume du poing, occupe la partie supérieure du sein gauche, et arrive à un travers de doigt du mamelon qui est un peu ré-

tracté. Pas d'engorgement ganglionnaire; tumeur mobile sur le grand pectoral.

16 janvier. La tumeur est enlevée avec le bistouri et avec elle la moitié supérieure du sein. On tente la réunion par première intention aux deux extrémités de l'incision.

17. La plaie est belle; un peu de rougeur sur ses bords. Douleurs dans le bras gauche. — Cotelette, punch.

18. La réunion par première intention a été obtenue en différents points. — Injections phéniquées.

6 février La malade retourne chez elle; la plaie est presque entièrement cicatrisée.

21 novembre. La malade rentre à l'hôpital ayant à la partie externe de la cicatrice une tumeur du volume d'une noix dont le début remonte à deux mois, qui est ulcérée depuis six semaines environ. Rien dans l'aisselle. Etat général bon. On fait l'excision de la tumeur.

30. La plaie va bien; la malade demande à retourner chez elle.

Ce cas montre que la récidive ne s'est pas fait attendre longtemps. Il est heureux pour la malade qu'elle se soit faite sur place.

OBSERVATION VIII (communiquée par M. Rey).

Tumeur squirrheuse du sein gauche. — Extirpation avec le bistouri. — Erysipèle. — Mort.

La dame X..., âgée de 50 ans, entre le 1er avril 1872 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, 2, service de M. Desormeaux. Cette femme, qui est d'une bonne constitution, a dans le sein gauche, à la partie supérieure et externe, une tumeur dure, inégale, mobile sous les parties sous-jacentes. Cette tumeur semble se prolonger jusque dans l'aisselle par une autre petite tumeur qui paraît pourtant indépendante; la deuxième tumeur est dure et mobile comme la première.

La peau qui recouvre la tumeur principale est adhérente et grisâtre dans une étendue de quelques centimètres carrés.

Cette femme est bien réglée; elle a eu trois enfants qu'elle a nourris elle-même et qui se portent bien. Le début de l'affection remonte à seize mois. Quelques élancements dans la tumeur au moment des règles.

4 avril. Ablation de la tumeur à l'aide de deux incisions curvilignes. On prolonge l'incision jusque dans l'aisselle, on enlève la petite tumeur et aussi des ganglions qui ne semblaient pas sains. On place quelques points de suture à la partie interne de la plaie, et on remplit le reste avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée. Soir, vomissements dus au chloroforme. Temp. 37,2. — Pot. cordiale.

5. Nouveaux vomissements. Grand malaise. Temp. 37,4.

6. Même état; la malade vomit encore le soir. Temp. 94,4.

7. On lève le pansement pour la première fois. Plaques rouges sur la peau de la partie inférieure du sein; lavages à l'acide phénique. 0,10 de tartre stibié dans un litre de bouillon aux herbes. Temp 39,2. Soir, vomissements et selles. Même température; l'érysipèle s'étend en bas.

8. Temp. 40.

9. L'érysipèle a gagné la partie externe du bras gauche, le pli du coude et l'épaule gauche. En avant, rougeur en forme de bande large de quatre travers de doigts et allant jusqu'à la partie inférieure du sein droit; la plaie suppure. Temp. 40,1, pouls 120. Soir, pouls extrêmement fréquent et petit, facies coloré. L'érysipèle gagne la partie gauche; sueurs abondantes ; bourdonnements d'oreilles. Temp.41.

10. Délire. Hémorrhagie abondante sur la plaie. Injections au perchlorure de fer. A l'intérieur, eau de Rabel. L'érysipèle prend une teinte violacée; il n'envahit pas la face ni le cou. Mort à deux heures de l'après-midi.

Cette observation doit être rapprochée de nos deux premières où l'érysipèle a sans doute été causé par l'usage de l'instrument tranchant.

OBSERVATION IX.

Sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Deux récidives.

Le nommé D... (Edouard), âgé de 62 ans, entre le 16 janvier 1873 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, 14, service de M. Tillaux. Il y a trois ou quatre ans, douleurs dans la mâchoire supérieure ressemblant à une névralgie dentaire. Avulsion de quelques chicots. Cessation momentanée de la douleur. Affaiblissement de la vue et apparition d'une tumeur au-dessous de l'œil gauche: elle fait bientôt saillie à l'intérieur de la bouche. Opération le 5 novembre dernier à Amiens par une incision partant de la commissure et remontant jusqu'à l'os malaire. Enlèvement d'une portie du maxillaire supérieur. La douleur cessa un moment, mais la tumeur reparut et les souffrances avec elle.

17 janvier. On voit sur la peau l'incision ancienne. La tumeur en dedans de l'incision efface le pli genio-labial et repousse le nez du côté opposé. Un peu d'exophthalmie; quelques douleurs de tête. Le malade a perdu depuis longtemps la vue du côté droit; elle reste bonne du côté gauche. Sensibilité de la peau au niveau de la tumeur; le nerf sous orbitaire est donc conservé. Tumeur sur la moitié gauche de la voûte palatine, franchissant même un peu la ligne médiane. Le voile du palais paraît sain. La fosse nasale gauche est obstruée par la tumeur. La dé-

glutition se fait bien. La tumeur est de consistance élastique; elle ne produit pas de douleurs très-vives, mais le malade est très-inquiet et ne dort pas. Le parents du malade sont morts octogénaires; son frère et sa sœur sont morts phthisiques.

On ne sent pas d'induration des ganglions sous-maxillaires.

Diagnostic. — Sarcome du maxillaire supérieur gauche.

Opération le 22 janvier. Le maxillaire tout entier est envahi par la tumeur qui se présente sous un aspect noirâtre; c'est à peine si on distingue quelques parties d'os sain. La cloison du nez est conservée; l'œil est respecté. L'hémorrhagie abondante au début de l'opération s'arrête d'elle-même. La peau, incisée suivant les plis naturels et de la manière qu'il recommande dans ses cours, M. Tillaux la réunit partout à l'aide d'un fil d'argent.

30. Les derniers points de suture enlevés, on voit que la réunion par première intention a été si complète et si heureuse que c'est à peine si on découvre l'incision. Le malade va bien. Injections quotidiennes par la bouche.

6 février. Le lambeau tiraille la paupière inférieure et forme un ectropion ; on le soutient à l'aide d'une bandelette et du collodion. Examinée par la bouche, la plaie montre déjà des points noirâtres et bourgeonnants qui pourraient déjà bien être une reproduction du sarcome.

10. L'ectropion n'est que peu amélioré; le malade se plaint d'une très-mauvaise odeur dans la bouche.

26. La peau de la joue est un peu rouge et comme œdémateuse.

2 mars. La peau est moins rouge; l'ectropion à peu près nul. Le malade voit bien clair. La plaie vue par la bouche est très-rétrécie. Le malade parle difficilemeent.

4. Le malade va à Vincennes.

5 juin. Il rentre à l'hôpital; il se plaint de douleurs lancinantes dans le fond de la plaie; elles sont plus vives la nuit que le jour; elles s'étendent même à la peau de la face du côté malade. Un appareil prothétique couvre la perte de substance et permet au malade de parler facilement. Un suintement sanguin se produit quelquefois au fond la plaie. Sous la paupière inférieure on voit deux petites tumeurs qui sont probablement de mauvaise nature. Les ganglions sous-maxillaires sont notamment tuméfiés. Il n'y a pas à douter de la récidive sur place et dans les ganglions. M. Tillaux se refuse à une nouvelle intervention sollicitée par le malade qui sort le 17 juin, dans un état général assez bon. Il n'y a plus d'ectropion.

Cette opération a été purement palliative et n'a servi qu'à diminuer

les souffrances du malade. Nous avons été témoin d'une autre opération pratiquée dans des circonstances semblables. La récidive s'est montrée sur place au bout de six mois.

OBSERVATION X.

Enchondrome du maxillaire inférieur. — Opération. — Mort.

Le nommé C... (Auguste), âgé de 30 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 5 juin 1873, salle St-Augustin, service de M. Tillaux. Cet homme, d'une bonne constitution, raconte qu'il y a trois ans, il est apparu, à 2 centimètres au-dessus et en avant de l'angle de la mâchoire gauche, une tumeur du volume d'une noisette, et son accroissement fut régulier depuis cette époque. La tumeur ne produisit pas de douleurs bien vives, et le malade était seulement incommodé par son volume qui augmentait toujours. Elle est de consistance osseuse et fait saillie dans toute la partie de la peau qui correspond à la branche montante du maxillaire inférieur. Elle envoie encore un prolongement du côté de la parotide en formant une sorte de pointe comparable à la saillie normale de l'angle du maxillaire. Elle est absolument fixe et paraît faire corps avec le maxillaire inférieur dont elle suit tous les mouvements. Le doigt introduit dans la bouche ne parvient pas à sentir l'apophyse coronoïde. La tumeur semble être encore plus volumineuse intérieurement qu'extérieurement; elle est recouverte par la muqueuse intacte.

Nous trouvons donc une tumeur faisant à l'extérieur une saillie d'environ de 2 centimètres, envoyant un prolongement du côté de la parotide et englobant à l'intérieur l'apophyse coronoïde. Le malade ne peut écarter ses arcades dentaires que de 2 centimètres au plus. Il mange encore facilement. La peau est normale; elle laisse constater de légères bosselures de la tumeur.

Diagnostic. — La consistance de la tumeur fait penser à un kyste du maxillaire et à un odontome. On élimine ces deux affections sans toutefois exclure absolument l'idée de kyste. M. Tillaux s'arrête au diagnostic suivant: Exostose de la branche montante du maxillaire inférieur.

L'opération est pratiquée le 21 juin. Anesthésie par le chloroforme incomplète. M. Tillaux fait une incision partant de la commissure gauche et se dirigeant vers l'angle de la mâchoire, là il fait un angle et prolonge l'incision au-dessous et en arrière du lobule de l'oreille. Les artères sont saisies avec des pinces. Le lambeau relevé, il dissèque la partie de la tumeur qui se présente avec une rugine coupante. L'écoulement sanguin est assez abondant. Au-dessus de la tumeur, M. Tillaux dénude l'os maxillaire sur ses deux faces, et en fait la section à peu

près au niveau de l'angle avec une scie à chaîne. A l'aide du doigt introduit dans la bouche, il parvient à reconnaître le sommet de l'apophyse coronoïde et coupe le tendon du temporal. Après avoir disséqué la tumeur aussi haut que possible, il lui imprime un mouvement de torsion et d'extraction qui l'enlève d'un seul coup.

L'ablation de la tumeur produisit une plaie très-profonde, au fond de laquelle se montra un écoulement sanguin assez considérable; il cessa par la compression et quelques boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer. On combla ensuite la perte de substance à l'aide de tampons de charpie fixés ensemble à un même fil qui passait par la bouche. Les lèvres de la plaie de la joue furent réunies par vingt-cinq points de suture.

L'opération terminée, le menton se porte en arrière et recule de 1 centimètre environ. Les dents ne se correspondent plus. Le malade peut boire un peu de vin. Il a perdu beaucoup de sang, malgré la durée relativement courte de l'opération. Soir, temp. 38,8 .

12 juin, Temp., matin, 38,8; soir, 39. Le malade se trouve assez bien. Pas de tuméfaction. Ecchymose sous-orbitaire. — Bouillon, potages.

13. Temp., matin, 38; soir, 38,9. Au moment de la visite, la respiration est très-difficile. M. Tillaux retire les bourdonnets de charpie et fait plusieurs injections à l'eau alcoolisée. Il recommande au malade de se gargariser fréquemment dans la journée. A cinq heures, la respiration est facile; le malade se trouve mieux. Le pouls est très-rapide.

14. Temp., matin, 39,3; soir, 39. Le mieux se maintient; la plaie extérieure s'est réunie par première intention. Le malade s'est beaucoup gargarisé et il a pris quelques bouillons. Vers deux heures de l'après-midi, faiblesse allant jusqu'à la syncope ; à cinq heures, respiration bruyante et difficile. Dans la soirée, agitation considérable, délire. Il ne veut plus se gargariser, et meurt à une heure du matin.

La tumeur examinée est un enchondrome qui a envahi toute la branche montante du maxillaire jusqu'au condyle qui n'est plus visible que par sa face supérieure. L'os est entièrement détruit.

A l'examen anatomique, M. Tillaux trouve un état putride de la plaie et y rattache la mort du malade. Il dit qu'il aurait peut-être été opportun de ne pas réunir entièrement l'incision de la joue de façon à permettre un écoulement facile à l'extérieur de tous les liquides produits dans la plaie.

Dans certains cas d'enchondrome, M. Dolbeau a proposé la résection partielle, quand on ne pouvait faire une ablation totale. Dans l'observa-

ton que nous venons de rapporter, on ne pouvait songer à suivre ce conseil.

OBSERVATION XI.

Cancer du sein. — Pas d'opération.

La nommée H... (Pauline), âgée de 68 ans, entre le 6 mai à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, 11, service de M. Tillaux. Cette dame, d'une bonne constitution, prétend s'être contusionné le sein, il y a trois ans. Une tumeur occupe la partie moyenne de la portion supérieure du sein gauche; la peau est rouge et amincie. La tumeur, du volume d'un œuf de poule, est généralement dure, sauf un endroit très-limité qui est ramolli. Bosselures dans les parties accessibles, adhérences évidentes avec la peau d'un côté et le grand pectoral de l'autre; les contractions du grand pectoral font voir que les côtes ne sont pas atteintes. L'aisselle n'offre que de petits ganglions, peut-être un peu plus gros qu'à l'état normal. Douleurs lancinantes dans la tumeur, spontanées ou provoquées par la pression, mais très-supportables.

M. Tillaux, considérant l'âge de la malade qui est déjà avancé, la marche lente de la tumeur et les chances d'une opération, craignant aussi de provoquer des manifestations multiples de la diathèse, alors que la malade sollicite seulement du soulagement, estime qu'il n'y a pas lieu de procéder à une opération. Le malade sort le 11 mai 1873.

24 juin. Elle se présente avec des ganglions axillaires très-volumineux et douloureux. La tumeur du sein est à peu près la même.—Pommade calmante.

15 juillet. La malade souffre beaucoup de la tumeur qui a augmenté de volume. La peau est très-amincie. L'état général est assez bon.

OBSERVATION XII.

Cancer du sein. — Pas d'opération.

Le 23 juin, la dame Villette, âgée de 50 ans, vient consulter M. Tillaux pour une tumeur située à la partie externe et supérieure du sein. Cette dame n'est plus réglée depuis deux ans. La tumeur, du volume d'une noix, est de couleur bleu-rougeâtre; elle est bien limitée et paraît s'être développée, sinon dans la peau, du moins dans les parties superficielles de la glande. Elle serait apparue il y a quatre mois seulement; elle n'a jamais déterminé de douleurs vives.

Dans l'aisselle, on trouve des ganglions très-volumineux qui provoquent des irradiations douloureuses dans toute la partie interne du membre supérieur correspondant. La région sous-claviculaire est elle-

même soulevée par des ganglions dégénérés, et on en trouve encore dans le creux sus-claviculaire.

L'état général, au dire de la malade, est devenu moins bon depuis l'apparition de cette tumeur, peu d'appétit, sueurs la nuit et faiblesse assez considérable. Teinte blanc jaunâtre peu marquée.

28. On constate la présence de ganglions sous-maxillaires engorgés. L'état général est le même.

Cette observation montre la rapidité de la maladie, et il est certain qu'une opération pratiquée à n'importe quelle période eut été tout au moins inutile.

OBSERVATION XIII.

Cancer du sein. — Pas d'opération.

Le 28 juin 1873, se présente à la consultation la dame Bauche, âgée de 67 ans, et venant de Normandie pour prendre des conseils. Elle porte sur le sein gauche, à environ 5 centimètres au-dessus du mamelon, une tumeur du volume d'une noix, et absolument comparable à celle de l'observation XI. Le début de l'affection remonte à dix-huit mois. Le médecin qui accompagne la consultante déclare qu'il y a deux mois, il n'y avait aucun engorgement ganglionnaire dans l'aisselle; actuellement on y sent un ganglion encore peu volumineux. Douleurs légères, pas d'antécédents. Etat général assez bon.

M Tillaux ne conseille pas l'opération; mais comme elle est encore possible, il ne la ferait que sur la demande de la malade.

Nous pensons que dans ce cas la marche de l'affection sera rapide comme dans l'observation précédente, et que pour cette raison il est inopportun de procéder à une ablation complète.

OBSERVATION XIV.

Cancer du sein. — Pas d'opération.

La dame K...(Charlotte), âgée de 66 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 3 juillet 1873, salle Sainte-Jeanne, 17, service de M. Tillaux. Cette dame, d'une bonne santé habituelle, a eu probablement à sa dernière couche, remontant à vingt-quatre ans, un peu de métro-péritonite qui l'a obligée à rester au lit pendant six semaines. Depuis cette époque, elle n'a eu que quelques bronchites dont l'une dure encore actuellement. Néanmoins, l'état général est excellent, l'état moral aussi. Elle a eu sept enfants, dont trois sont morts en bas âge; les survivants ont une bonne santé. a mère est morte à 82 ans et son père à 66 ans.

Il y a sept ans elle reçut sur le sein gauche un coup qu'on est habitué de rencontrer à l'origine de bien des affections cancéreuses. Un an après, douleurs vives dans le sein qui augmentèrent jusqu'à l'apparition de la tumeur. Un an plus tard, écoulement sanguin par le mamelon qui dura jusqu'à ces dix-huit derniers mois, et lorsqu'il cessa, la tumeur qui n'avait encore que le volume d'un haricot commença à augmenter progressivement. Elle occupe la partie supérieure et extrême du sein gauche sur une ligne verticale passant par le mamelon. Sa couleur est vineuse, son volume celui d'un œuf de poule, et son grand diamètre est transversal. La peau n'a jamais glissé sur la tumeur. Douleurs lancinantes pendant les variations atmosphériques, et souvent démangeaisons très-vives. Dans l'aisselle on sent un ganglion un peu gros.

En dehors de cette tumeur, la mamelle elle-même est un peu plus volumineuse que celle du côté opposé; elle offre une consistance plus résistante et comme fibreuse. Le mamelon est rétracté entièrement. L'appétit est bon. La malade désire une opération qui la délivrerait du mal. M. Tillaux est d'avis que si une opération doit avoir lieu, il faut qu'elle porte sur toute la mamelle de façon à enlever en même temps la tumeur et la glande qui est évidemment malade. Malgré la bonne santé de la malade, il ne fera pas d'opération. La malade sort de l'hôpital le 12 juillet.

S'il m'était permis de faire une remarque, je dirais que, vu la bonne santé de la malade, il ne faut pas faire d'opération.

OBSERVATION XV.

Cancer du col de l'utérus. — Cautérisation au fer rouge. — Amélioration.

Le 10 mai 1873, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Ste-Jeanne, 19 bis, service de M. Tillaux, la dame B... (Françoise), âgée de 37 ans. Cette malade, dans ses antécédents, n'offre qu'une petite vérole à l'âge de 18 ans. Au mois de novembre dernier, apparurent des pertes sanguines dans l'intervalle des règles; elles survenaient tous les deux jours. La malade était bien réglée, mais voyait peu. Jusqu'au mois de janvier, l'appétit resta bon, mais alors l'écoulement sanguin devenait plus fréquent; on lui prescrivit un vésicatoire sur la région hypogastrique et l'écoulement s'arrêta. L'appétit fut moindre; la faiblesse commença à se produire. Au mois de février, hémorrhagie abondante qui céda à l'administration du seigle ergoté et de la limonade sulfurique. Le 21 avril, nouvelle hémorrhagie plus abondante que la première qui

céda encore à l'ergot de seigle, à l'application de la glace sur le ventre et aux injections de perchlorure de fer.

13 mai. Tampon au perchlorure de fer.

15. Cautérisation au fer rouge. Plus d'hémorrhagie.

12 juin. Nouvelle cautérisation.

Après la première cautérisation, une amélioration sensible se produisit dans la santé générale de la malade qui de pâle et presque exsangue qu'elle était, reprit des couleurs.

21. La malade ne s'est pas encore levée; elle ne perd plus. L'appétit est satisfaisant; elle ne souffre pas. L'état général va toujours s'améliorant.

5 juillet. Cautérisation avec le fer rouge, mais qui est plus douloureuse que les précédentes. La malade se plaint de brûlure du côté de la vulve et du vagin. Compresses d'eau froide.

16. Hémorrhagie assez abondante qui s'arrête par l'application d'un peu de glace sur le ventre.

17. La malade a un peu pâli. L'écoulement sanguin est presque nul.

20. L'écoulement subsiste. Tamponnement au perchlorure de fer. Pâleur et faiblesse.

J'ai rapporté cette observation pour faire voir qu'il ne faut pas suivre l'exemple de bien des médecins qui négligent entièrement les malades atteintes d'épithélioma du col de l'utérus. Les cautérisations palliatives que M. Tillaux a faites à cette malade ont certainement prolongé ses jours et diminué ses douleurs. Et en disant ceci, j'ai pour but de blâmer ceux qui trouvent indigne d'eux une opération destinée à *blanchir* des cancéreux.

CONCLUSION.

Arrivé au terme de notre travail, nous conclurons en disant qu'il ne faut arriver à l'extirpation totale ou partielle que lorsque le malade sera assez gêné dans ses mouvements, ses fonctions, etc., pour réclamer lui-même l'intervention du chirurgien; que, lorsque l'état général est encore bon, il faut se borner au traitement local, modifier la surface de l'ulcère, s'il y en a un, et ne pas s'efforcer toujours de détruire entièrement la tumeur; qu'il ne faut faire usage du bistouri que lorsque la région y oblige ou que des opérations autoplastiques sont nécessaires; que la pâte de Canquoin, appliquée sur une surface ulcérée, ou bien en flèches, d'après la méthode de M. Maisonneuve, donne souvent d'excellents résultats locaux, et qu'elle appelle moins l'érysipèle.

Quant aux précautions hygiéniques à prendre contre la prédisposition héréditaire, nous pensons, avec Récamier et M. Bouchardat, qu'elles peuvent être souvent efficaces. C'est même l'impression qu'ont faite sur nous les idées de M. Bouchardat, qui nous a guidé dans le choix de notre sujet de thèse.